

DIE BEKÄMPFUNG DER
RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT
Bestandsaufnahme – Alternativen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
eines
Doktors der Rechte
durch den Fachbereich Rechtswissenschaften
der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster

vorgelegt von
HERIBERT KEMPER
aus Iserlohn

~~1985~~
1984



DIE BEKÄMPFUNG DER
RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT
Bestandsaufnahme - Alternativen

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des akademischen Grades
eines
Doktors der Rechte
durch den Fachbereich Rechtswissenschaft
der
Westfälischen Wilhelms Universität
zu Münster

vorgelegt von
Heribert Kemper
aus Iserlohn

1985

Erster Berichterstatter : Prof. Dr. Schneider
Zweiter Berichterstatter : Prof. Dr. Wessels
Dekan : Prof. Dr. Schmidt

Tag der mündlichen Prüfung : 5. 12. 1984

Was man nicht erfliegen kann,
muß man erhinken ...
Die Schrift sagt, es ist keine
Sünde zu hinken.

Al-Hariri

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG	1
I. Das Drogenproblem in der Bundesrepublik Deutschland	1
II. Zielsetzung und methodische Anlage der Arbeit	2
 B. DIE RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT	 15
I. Die unmittelbare Rauschgiftkriminalität	16
1. Schwarzhandel	16
2. Konsumkriminalität	23
a) Konsumhandlung	24
b) Heroin und Depravation	27
aa) Krankheiten	31
bb) Todesfälle	32
II. Die unmittelbare Rauschgiftkriminalität	34
1. Beschaffungskriminalität	34
2. Folgekriminalität	36
 C. BEKÄMPFUNGSKONZEPT	 39
I. Angebot	39
II. Nachfrage	42
1. Systematische Einordnung der staatlichen Drogenpolitik	43

	<u>Seite</u>
2. Reaktionsrealität	46
a) Strafrechtliche Reaktion	47
b) Verwaltungsrechtliche Reaktion	49
c) Informelle Therapiereaktion	50
3. Das neue Betäubungsmittelgesetz in der Fassung vom 28.7.1981	51
D. BEKÄMPFUNGSEFFEKTIVITÄT	
I. Eindämmung der unmittelbaren Rauschgiftkriminalität des Handels	58
II. Eindämmung der unmittelbaren und mittelbaren Rauschgiftkriminalität des Konsumenten	63
1. Strafandrohung und Abschreckung	64
a) Ausreichender informeller Schutz	65
b) Rechtsbewußtsein	66
c) Dunkelfeld	67
2. Resozialisierung des Süchtigen	69
a) Erfolge der Haftstrafe	69
b) Erfolge therapeutischer Zwangsmaßnahmen	71
3. Nachteile prohibitiver und pönalisierender Drogenpolitik	75
E. ALTERNATIVE: VERMEHRTE REPRESSION	78
I. Angebot	78
1. Anbau- und Einfuhrstop	78
2. Eliminierung des organisierten Verbrechens	80
II. Nachfrage	82
III. Ergebnis	84

	<u>Seite</u>
F. ENTKRIMINALISIERUNG	86
I. Anstieg der Süchtigenzahlen	87
II. Rechtsgutsverletzung und Sozialschädlichkeit	89
1. Gefährdung der Allgemeinheit und der Volksgesundheit	90
2. Sozialepidemische Schädlichkeit	92
III. Strafrechtlicher Zwang gegen Kranke	96
IV. Ausgestaltung	103
G. LEGALISIERUNGSKONZEPTE	106
I. Begriff und Formen der Legalisierung	106
II. Die totale Legalisierung	109
1. Einflüsse auf die Rauschgiftkriminalität	114
2. Erhöhung der Süchtigenzahlen	115
III. Die beschränkte Legalisierung	118
1. Modelle und Erfahrungen in verschiedenen Staaten	118
a) USA	118
aa) Der Harrison Act und frühe Legalisierungsversuche	118
bb) Methadone Maintenance Programs	123
(1) Entstehungsgeschichte	123
(2) Pharmakologische Eigenschaften des Methadons	124
(3) Therapeutische Zielsetzung der Programme	126
(4) Programmablauf	131
(5) Entwicklung und weitere Gestaltung der Methadonerhaltungsprogramme	133

	<u>Seite</u>
b) Großbritannien	139
aa) Das alte "British System"	139
bb) Das neue "British System"	141
c) Das Deutsche Reich und die Bundesrepublik Deutschland	145
aa) Opiumgesetz und prohibitive Bestrebungen von Ärzteschaft und Rechtsprechung	145
bb) Legalisierungsversuche	149
2. Kriminalitätsreduzierung und beschränkte Legalisierungsprogramme	157
a) Auswirkungen der beschränkten Legalisierung auf die Kriminalität des Handels	161
aa) Großhandel und schwarzer Markt	161
bb) Kleinhandel	166
cc) Das Entstehen eines grauen Marktes	167
b) Auswirkungen der beschränkten Legalisierung auf die Konsumkriminalität	173
aa) Anstieg der Süchtigenzahlen	173
bb) Gesundheit	178
cc) Todesfälle	182
dd) Beruf	186
c) Auswirkungen der beschränkten Legalisierung auf die Beschaffungs- bzw. Gesamtkriminalität des Süchtigen	188
aa) Empirische Evaluationsstudien	190
(1) USA	190
(aa) Programmstudien	190
(bb) Regionale Kriminalitätsstudien	195
(2) Großbritannien	197
bb) Kritik	200
(1) Programmstudien	201
(aa) Datengewinnung aus offiziellen Statistiken und Interviews	201
(bb) Die untersuchte Gruppe	207
(cc) Vergleichszeiträume	210
(dd) Ungenügende Deliktsspezifizierung	212
(2) Regionale Kriminalitätsstudien	213
(aa) Kriminalitätsentwicklung und statistisch erfaßte Kriminalität	213
(bb) Vereinfachende Kausalverknüpfung	214

cc) Diskussion und Interpretation der Ergebnisse 215

dd) Ursachenstandpunkte 219

(1) Der süchtige Kriminelle 219

(2) Der zum Kriminellen abgestempelte Süchtige 222

(3) Kritik 223

(4) Interaktionismus 227

ee) Resümee 232

3. Gesamtergebnis: Kriminalitätsreduzierung und
beschränkte Legalisierung 234

IV. Inhaltliche Ausrichtung einer beschränkten
Legalisierung 239

1. Freie Abgabe oder Erhaltungsprogramme 239

2. Heroin- oder Methadonlegalisierung 243

V. Ablehnende Kritik gegen die beschränkte
Legalisierung 248

1. Eine Opiatabgabe ist therapeutisch nicht
indiziert 249

2. Durch Ersetzung der Droge durch eine andere
kommt es zur therapeutischen Resignation
und Unterdrückung des Patienten 255

3. Die Methadonerhaltungsprogramme schaffen eine
unfaire Konkurrenz und führen zu einem
Niedergang der drogenfreien Programme 260

4. Es besteht keine Notwendigkeit und Berechtigung
für eine beschränkte Legalisierungspolitik in
der Bundesrepublik Deutschland 266

H. MASSNAHMEN 271

LITERATURVERZEICHNIS 274

I. Bibliographien 274

II. Bücher und Aufsätze 275

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS 299

FREMDWÖRTER- UND BEGRIFFSVERZEICHNIS 301

A. EINLEITUNG

I. DAS DROGENPROBLEM IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

Auf dem Hintergrund eines bereits bestehenden Suchtproblemekes mit den sozialintegrierten Drogen Alkohol, Nikotin und dem Mißbrauch von Arzneimitteln hat sich der in den letzten fünfzehn Jahren erstmalig auftretende pönalisierte Konsum von sozial nicht integrierten, harten Drogen¹ durch Jugendliche zu einem ernstzunehmenden individuellen und gesellschaftlichen Problem entwickelt.

Beginnend mit der gesellschaftskritischen und subkulturellen Protestbewegung Mitte bis Ende der sechziger Jahre setzte der Konsum von Cannabis und LSD² zunächst in studentischen und gymnasialen Kreisen ein. In diesen Schichten, die durch ihren politischen und emanzipatorischen Widerstand gegen die bürgerliche Gesellschaft mit ihren festgefahrenen, konsumorientierten Werten gekennzeichnet waren, bedeutete die Einnahme von Drogen einen Akt der Selbstbefreiung und Selbstverwirklichung³, welcher

¹ Als harte Drogen werden solche bezeichnet, die nach häufigen Konsum physische und psychische Abhängigkeit hervorrufen können. Zu ihnen zählen hauptsächlich das Rohopium, welches aus den Kapseln des Schlafmohns gewonnen wird, Morphin als Alkaloid des Opiums, das Morphinderivat Heroin und synthetisch hergestellte Opiate. Zu den pharmakologischen Unterscheidungen der Opiate: Jenny, S. 27, 28; SWOAD, S. 4, 7; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 1, 2.

² Im Gegensatz zu den Opiaten ist bei Cannabis und LSD die Hervorrufung einer physischen Abhängigkeit bestritten und zweifelhaft. Sie werden deshalb mit dem Ausdruck weiche Drogen belegt.

³ Jenny, S. 17.

für sie in der Normalgesellschaft nicht mehr möglich erschien. Wurde der Drogenkonsum zu Anfang der Drogenwelle somit als "Ausdruck der Protesthaltung und zur Bewährung in der Verwirklichung der Gegenkultur"¹ rationalisiert und diente er primär der Bewußtseinserweiterung dieser Aussteigergeneration, so setzte er sich fort als Modeerscheinung, der sich immer mehr Jugendliche anschlossen.

Gefördert wurde diese Konsumbereitschaft nicht zuletzt auch durch eine Neugier erzeugende Darstellung in den Massenmedien, die besonders zu Anfang der Drogenwelle das Phänomen Rauschgift in breiter Form durch dramatische Thematisierung immer wieder aktualisierten². Ihrem Inhalt nach beschränkte sich die Berichterstattung jedoch nur auf die Darstellung der Zerschlagung von Schmuggler- und Händlerringen und der Anzeige der beschlagnahmten Rauschgiftmengen. Gerade der kriminaltaktische und strafrechtliche Aspekt, der den Rauschgiftkonsum und die Beschaffung von Drogen als Gesetzesverstoß definiert, wurde unter Vernachlässigung der sozialen Bedingtheiten in den Vordergrund geschoben. Gleichzeitig wurde jedes Rauschgift mit dem Odium des körperlichen und geistigen Verfalls versehen, wobei man als Beweis auf Drogentote und sensationell herausgestellte Einzelschicksale von Abhängigen verweisen konnte. Eine sachliche Information hinsichtlich der unterschiedlichen Wirkungsweise und des Abhängigkeitspotentials von weichen und harten Drogen und eine Auseinandersetzung mit dem Drogenproblem als Ganzem, also unter Einbeziehung der sozialintegrierten Drogen, fand nicht statt. Vielmehr blieb es bei einer unausgewogenen, einseitigen und damit unglaublichen Versteufelung der Rauschgifte.

¹ Jenny, S. 17.

² Schenk: Droge und Gesellschaft, S. 262.

Diese massenmediale Ausschlachtung des Themas mit der Folge, daß Jugendliche undifferenziert etwas über Drogen hörten und sich selbst ein Bild über deren Wirkung verschaffen wollten, traf zudem auf eine nicht vorbereitete Öffentlichkeit von älteren Nichtkonsumenten, welche in den Rauschgiften eine fast mystische, nicht beherrschbare Gefahr erblicken mußten, die von außen an ihre Kinder herangetragen wurde und durch die Schaffung von Frührentnertum ihre eigenen sozialen Errungenschaften in Frage stellte. Die "Horrorgeschichten", Drogentote und die Gleichsetzung von Rauschgiften mit "sündhaft exotischer Kost"¹ schufen bis heute bleibende Vorurteile, die davon ausgehen, daß der Genuß von allen Rauschmitteln unweigerlich in die Abhängigkeit, zur Gesundheitsschädigung und zum Tode führt und Rauschgiftsüchtige lasterhafte ansteckende Kriminelle sind, quasi die Aussätzigen des zwanzigsten Jahrhunderts, die von der Gesellschaft ferngehalten werden müssen². Hintergründig sind diese Bilder in die Diskussion um die richtige Drogenbekämpfungsstrategie und in die Entscheidung, ob das Rauschgiftproblem als Kriminalitätsproblem zu behandeln ist, miteingeflossen.

Erst nach und nach, einhergehend mit statistischen Umfragen, die auf eine Rückläufigkeit der Konsumenzahlen schließen ließen, ist dann die hysterische Thematisierung abgeflaut und wurde nach der Verdrängung durch andere Themen wie Terrorismus und Jugend-

¹ Quensel: Kriminologisches Journal, S. 5.

² Ein erschreckendes Beispiel dafür, wie sich diese Vorurteile auch schon bei Fachleuten festgesetzt haben, liefert der Drogenpsychiater Hünnekens in: Jugendschutz 1977, S. 116, wo er Rauschgiftabhängige mit dem Ausdruck "diese Typen" bezeichnet.

sekten nur noch periphär behandelt¹. Dieses behauptete Absinken der Anzahl der Probierer weicher Drogen ließ bei manchem, mit dem Problem Befassten, schon die trügerische Hoffnung aufkeimen, die Entwicklung in den Griff bekommen zu haben². Gerade jetzt aber, in der Zeit zwischen 1972 und 1974, vollzog sich ein gefährlicher Wandel in der Art der konsumierten Drogen und in dem Personenkreis der Konsumenten, der die Drogenwelle zu einem eigentlichen sozialen Drogenproblem werden ließ. Schulz charakterisiert diesen Wandel mit den Worten: "... die Drogenwelle nimmt da ab, wo sie bisher kaum eine echte Gefahr darstellte, nämlich in jenen Kreisen, in denen man dann und wann einmal einen Joint³ rauchte. Die Drogenwelle schwillt aber weiterhin gerade da an, wo sie irreparable Schäden anrichtet, nämlich in den Kreisen der regelmäßigen Konsumenten verschiedener Drogen ... und der Fixer⁴"⁵.

Diese Tendenzwende begann mit dem verstärkten Angebot harter Drogen und insbesondere mit der schlagartigen Einführung großer Mengen billigen Heroins auf dem schwarzen Markt. Vor dieser Zeit experimentierte zwar bereits eine Minorität in der vorrangig von weichen Drogen beherrschten Szene mit Opium, das

¹ In letzter Zeit scheint allerdings ein Teil der Massenmedien bemüht zu sein, sich ernsthaft und sachlich mit dem Thema Rauschgift auseinanderzusetzen, indem sie nunmehr die sozialen Zusammenhänge der Heroinabhängigkeit aufzeigen. So z.B. die Serie Christiane F. in der Zeitschrift "Stern".

² Schenk: Droge und Gesellschaft, S. 42; Dirnagl/Stein-Hilbers, S. 495.

³ Cannabis mit Tabak vermischt.

⁴ Bezeichnung für Heroinabhängigen, zur Begriffsbestimmung siehe Glossar in: Kreuzer / Gebhardt / Maassen/Stein-Hilbers, S. 421.

⁵ Schulz, S. 7.

geraucht oder gegessen bzw. als Opiumtinktur injiziert wurde; nunmehr traten aber die ersten Heroinabhängigen in Erscheinung. Diese rekrutierten sich zudem aus immer jünger werdenden Jahrgängen, so daß es bereits vierzehnjährige Fixer gab. Außerdem fand eine schichtenspezifische Verschiebung statt. Waren die Konsumenten der weichen Drogen überwiegend in der Mittelschicht ansässig, die in ihrem intellektuellen Selbstverständnis ihren Joint mit der "Ideologie des Untergrundes"¹ rechtfertigten, so kamen jetzt vor allem Angehörige der Unterschichten und sozial gefährdeten Randgruppen zur Droge, die sich ohne den ideologischen Überbau Heroin injizierten. Aus dieser Gruppe und den Mitgliedern der weichen Szene, die nach Experimenten mit harten Drogen süchtig wurden, bildete sich bis heute ein sogenannter harter Kern von schätzungsweise 50.000 bis 80.000 Fixern heraus².

Die Reaktion der politisch Verantwortlichen auf den zunehmenden Rauschmittelkonsum Jugendlicher konnte nicht ausbleiben. Die Bundesregierung beschloß bereits am 12.11.1970 ein Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs, das auch heute noch unverändert in seinen Aussagen Gültigkeit besitzt³. Ziel dieser Erklärung war es, dem Drogenmißbrauch mit allen zur Verfügung stehenden Kräften energisch entgegenzutreten. Hierzu wurde

¹ Berger, S. 20.

² Die genaue Zahl der Drogenabhängigen in der Bundesrepublik Deutschland ist nicht bekannt, da nicht alle Süchtige gegenüber den Instanzen der sozialen Kontrolle auffällig werden und das Dunkelfeld durch Untersuchungen bisher nicht aufgehellte wurde. Die geschätzte Anzahl erscheint aber durchaus realistisch. Siehe hierzu Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 79, 80, 219.

³ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, S. 110-116.

insbesondere durch Unterwerfung der Einfuhr, des Verkaufs, des Erwerbs und des Gebrauches von weichen und harten Drogen unter strengere staatliche Kontrolle die bereits bestehende Drogenprohibition verschärft. Unautorisierter Umgang ohne staatliche Erlaubnis sollte nunmehr strafrechtlich intensiver verfolgt werden. Damit wurde das Drogenproblem zugleich auch als Kriminalitätsproblem definiert. Verschärfend trat zu dieser Kriminalisierung hinzu, daß Süchtige infolge der hohen Schwarzmarktpreise ihren Bedarf nur durch weitere Straftaten decken konnten und so blieben sie sich mehr oder weniger selbst überlassen, bis sie erst in Verbindung mit einem Strafverfahren therapeutischen Einrichtungen zugeführt wurden. Die Aussicht auf Heilung war dann infolge der Zwanghaftigkeit der Maßnahme entsprechend gering.

Einhergehend mit diesen staatlichen Zielvorstellungen und angesichts der zunehmenden Schwierigkeiten der Instanzen der sozialen Kontrolle, das Drogenangebot weitgehend einzudämmen und die Süchtigen durch strafrechtliche und therapeutische Maßnahmen zur Aufgabe ihrer Kriminalität und Sucht zu bewegen, erhob sich in der wissenschaftlichen Drogenforschung eine Theoriediskussion mit dem Ziel, durch eine realistischere Drogenpolitik das Drogenproblem zu stoppen oder zu entschärfen.

Bisher sind hierzu die folgenden Grundpositionen vertreten worden:

Einige Befürworter der Aufrechterhaltung der Prohibition fordern ihre repressivere Durchsetzung mit härteren und höheren Strafen¹, Zwangsinternierungen mit Zwangstherapien bzw. reine Zwangsverwahrungen

¹ Arbab-Zadeh, S. 2329.

in Drogenasylen¹. Andere wollen den prohibitiven Kriminalisierungsansatz ebenfalls beibehalten, sie streben aber eine Modifizierung der Sanktionen an, etwa unter dem Schlagwort "Therapie statt Strafe"². Vertreter einer grundlegenden Änderung der bisherigen Drogenpolitik treten für eine Entkriminalisierung und eine Legalisierung in Form von Erhaltungsprogrammen oder freier ärztlicher Verschreibung ein, bei der der Süchtige Opiate zur freien Verfügung erhält³. Ein radikaler Standpunkt, der allerdings nur in den USA und den Niederlanden ernsthaft diskutiert wird, spricht sich für eine totale Zugänglichkeit von Opiaten für jeden mündigen Erwachsenen aus und damit für eine weitgehende Beseitigung jeglicher staatlicher Kontrolle über Drogen⁴.

II. ZIELSETZUNG UND METHODISCHE ANLAGE DER ARBEIT

Schwerpunkt der Arbeit soll es nun sein, das bestehende traditionelle Bekämpfungskonzept der Rauschgiftdelikte anhand einer kriminologischen Analyse auf seine Effektivität hin zu überprüfen und mögliche Gründe für ein etwaiges Versagen dieses Ansatzes zu ermitteln. Dabei soll als beabsichtigtes Endziel in Abwägung und Diskussion der Vor- und Nachteile des bestehenden Konzeptes mit den von der wissenschaftlichen Drogenforschung erarbeiteten alternativen Vorschlägen der effektivste Weg bei

¹ Wanke: Der Spiegel, S. 44; Konrad Adenauer Stiftung, S. 68, 69.

² Kreuzer: Suchtgefahren, S. 106, 107; Baum/Huber, S. 66, 80, 81.

³ Scheerer: Therapie als Strafe; Quensel.

⁴ Bayer: Law and Society, S. 306, 307 mit weiteren Hinweisen; Szasz: Das Ritual der Drogen.

der Bekämpfung von Sucht und Kriminalität herausgefunden werden.

Notwendigerweise beinhaltet deshalb der erste Teil der Arbeit die deskriptive Darstellung der speziellen Tatkomplexe der Rauschgiftkriminalität. Einschränkung wird bei dieser Beschreibung und in der sich anschließenden Schilderung des Bekämpfungsansatzes und des sich aus der Effizienzanalyse ergebenden Alternativkonzeptes nur auf die Rauschgiftkriminalität eingegangen werden, die im Zusammenhang mit dem Konsum von harten Drogen, speziell des Gebrauchs von Heroin, durch Süchtige entsteht. Diese Einengung ergibt sich aus der thematischen Zielsetzung und dem Anliegen der Arbeit und erscheint zudem sinnvoll, da infolge des Abhängigkeitspotentials der harten Drogen, anders als bei den weichen, eine unterschiedliche Kriminalitätsstruktur (z.B. Straftaten aufgrund der Beschaffungssituation) auftritt, die eine andere Reaktionsform bedingt.

Um sich einen möglichst wirklichkeitsnahen Abriß von den Erscheinungsformen und dem Ausmaß der Rauschgiftkriminalität, besonders im Bereich des Konsums und des Kleinhandels, zu verschaffen, plante der Verfasser zunächst, für den die Delikte beschreibenden Teil der Arbeit eigene empirische Untersuchungen anzustellen. Hierzu versuchte er durch Mitarbeit an einem von Sozialarbeitern und Drogensüchtigen gemeinsam geplanten Filmprojekt über die soziale Situation von jugendlichen Abhängigen, Kontakte zu Mitgliedern der harten Drogenszene in einer westmünsterländischen Kleinstadt zu finden. Im Rahmen dieses Projektes war es jedoch nicht möglich, jugendliche Fixer zur Mitarbeit an einer wissenschaftlichen Erhebung in Form von standardisierten Fragen, die zu Haus ausgefüllt und anonym zurückgeschickt werden sollten, zu motivieren, so daß sich

kein repräsentatives Sample aufstellen ließ. Dieses Scheitern lag zum Teil in dem berechtigten Mißtrauen der Süchtigen gegenüber Polizeispitzeln begründet. So wurden gerade kurz nach dem Anlauf des Projektes gezielt Hausdurchsuchungen durchgeführt und eine Anzahl bekannter Fixer verhaftet, wodurch das nicht mehr aus der Welt zu schaffende Gerücht auftrat, daß zwischen den Verhaftungen und den Aktivitäten der Filmgruppe eine Beziehung bestehe. Zum anderen wurde der Vorwurf des Wissenschaftsegoismus von den Süchtigen erhoben, die sich nur als Objekt von einer voyeurhaften Wissenschaft mißbraucht sahen und dieser unterstellten, sie befasse sich nur theoriehaft mit ihrer Lage, vielleicht sogar nur zum Nutzen der formellen Sozialkontrolle, ohne ihnen wirklich menschlich weiterzuhelfen. Dennoch gelang es dem Verfasser bei entsprechendem persönlichem Engagement allmählich, eine Vertrauensbeziehung zu einigen Fixern herzustellen. Durch lange Gespräche, oftmals an gemeinsam verbrachten Wochenenden, konnte sich so der Verfasser einen Einblick über die Lebensweise in der Subkultur und die menschlichen Nöte der Fixer verschaffen.

Bei der deskriptiven Abhandlung der Rauschgiftkriminalität des Süchtigen im ersten Teil der Arbeit hat der Verfasser auf diese Eindrücke und Ergebnisse der Gespräche ergänzend zurückgegriffen und sie korrigierend in die bereits bestehende breite wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema¹, auf die wegen des Scheiterns der eigenen Datengewinnung zurückgegriffen werden mußte, miteinfließen lassen.

Nachfolgend soll dann die gegenwärtige bundesdeutsche Drogenpolitik und ihr Bekämpfungsansatz darge-

¹ Für viele: Kreuzer: Drogen und Delinquenz.

stellt und die Art und Form der Reaktion der Instanzen der formellen sozialen Kontrolle gegen den Handel und die Nachfrage beschrieben werden. Einzugehen ist hierbei auch auf die in den strafjustiziellen Rahmen eingebettete offizielle Therapiekonzeption und deren Verwirklichung, da gerade dieser im Bereich der Drogenkriminalität des Süchtigen von der Reaktionsseite eine wichtige präventive Bedeutung beigemessen wird.

Bewußt, aufgrund thematischer Eingrenzung, wird allerdings bei der Abhandlung des Bekämpfungsansatzes auf die breite Darstellung der informellen Reaktion verzichtet. Ferner bleibt der Bereich der erzieherischen und aufklärenden Maßnahmen, die Jugendliche vom Erstkonsum abhalten sollen¹, ausgespart.

Im nächsten Kapitel wird dann das in der Bundesrepublik Deutschland bestehende Bekämpfungskonzept auf seine Effizienz hin überprüft, was letztendlich auf die zentralen Fragen hinausläuft: Haben die angewandten staatlichen Maßnahmen im Bereich von Sucht und Kriminalität überhaupt zu einem wirksamen Zurückdrängen des Rauschgiftproblemekes geführt? Können sie dies überhaupt ohne schwerwiegende individuelle und gesellschaftliche Nachteile? Oder könnte durch einen Wechsel zu einer rationalen, sozialen Drogenpolitik die Rauschgiftkriminalität kausaladäquater und wirksamer bekämpft werden?

Hauptausgangspunkt bei diesem Abwägen von Für und Wider und dem Vergleich der bisherigen Drogenpolitik

¹ Zu den Modellen und Alternativen in der Aufklärung, Information und Gesundheitserziehung siehe: Berger/Reuband/ Widlitzek, S. 139ff; Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 75ff; Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, S. 106, 107, 122, 123.

mit Alternativen soll die Überlegung sein, ob eine Entkriminalisierung des Süchtigen und die kontrollierte Austeilung von Heroin oder der Ersatzdroge Methadon¹ in Verbindung mit sozialen Hilfsangeboten durch besonders autorisierte Anlaufstellen zu einer humaneren und erfolgreicherer Stabilisierung des Süchtigen und damit auch zu einer Abnahme der Drogenkriminalität insgesamt führt. Um dies auszuloten, greift der Verfasser beispielhaft auf Modelle einer rationalen und sozialen Drogenpolitik in anderen Staaten zurück, stellt diese nach historischem Werdegang in ihren Ausrichtungen und Programmgestaltungen dar und setzt sich mit deren Erfahrungen und Erfolgen auseinander. Insbesondere soll hierzu über das "British System" in Großbritannien und die "Methadone Maintenance Treatment Programs" in den USA berichtet werden.

Ausführlich wird auch auf die heftige Kritik einzugehen sein, die diese ausländischen Modelle in der sich mit dem Drogenproblem auseinandersetzen, interdisziplinären deutschen wissenschaftlichen Literatur hervorriefen. Als besonders schwierig hat es sich in der bisherigen Literatur erwiesen, die verschiedenen Argumentationen einander sachlich näherzubringen, da das Thema emotional und weltanschaulich stark belastet ist. Gerade in der Bundesrepublik Deutschland werden jegliche Legalisierungsversuche, insbesondere von der herrschenden medizinischen und psychiatrischen Wissenschaft, entweder definitiv abgelehnt - unter anderem mit dem Vorwurf, daß die Abgabe von Opiaten an Süchtige die Ursachen der Sucht nicht beseitige, sondern es würde nur eine Pseudotherapie angewandt, die als ärztlicher Kunst-

¹ Synthetisches Opiat, zu dessen chemischen Eigenschaften und zur Wirkungsweise siehe S. 124, 125 der Arbeit.

fehler gegen das geltende Recht verstoß¹ - oder aber es werden die Erfolge bei der Kriminalitätsreduzierung und der sozialen Stabilisierung bestritten². Andere wiederum sehen die Gefahr einer Erweiterung des Drogenschwarzmarktes und einen Anstieg der Süchtigenzahlen, wodurch gegebene Vorteile dieser Modelle fraglich erscheinen³.

Der Verfasser hat, um sich ein objektives Bild von der Effizienz dieser Programme und der Berechtigung der Kritik machen zu können, längere Forschungsreisen in die Niederlande und nach Großbritannien unternommen und sich vor Ort direkt einen Einblick in verschiedene Modellprogramme verschafft. Dabei hat er zahlreiche Gespräche mit legalisierten und nicht legalisierten Fixern und den Instanzen der sozialen Kontrolle, wie Drogenbeauftragten der Städte, Leitern von Methadonkliniken, Psychiatern, Polizisten und Staatsanwälten, führen können. Die so gewonnenen Erfahrungen halfen dem Verfasser bei der realistischen Beurteilung und kritischen Auswertung einer mittlerweile sehr umfangreichen und fast nicht mehr übersehbaren ausländischen Literatur zu dem Thema der Erhaltungsprogramme⁴. Gerade in den USA sind eine Fülle von Effizienzstudien erstellt worden. Hier versucht fast jedes Erhaltungsprogramm empirisch zu belegen, inwieweit der illegale Drogenkonsum, die Anzahl der Verhaftungen und die Todesrate

¹ Wanke: Gutachten.

² Krauthan, S. 14, 15.

³ Beil/ Günther/ Kellermann/ Schulz/ Trojan, S. 378; Kreuzer: Suchtgefahren, S. 109.

⁴ Krauthan, S. 3, weist mit Recht daraufhin, daß nach dem Index Medicus allein 150 Arbeiten pro Jahr hierzu erscheinen. Die Literatur hat im Laufe der Jahre ein solches Ausmaß erreicht, daß sie nur noch mit Hilfe von Bibliographien überblickbar wird.

zurückgegangen, der gesundheitliche Zustand gebessert und die Arbeit aufgenommen wurde.

Diese Fülle an empirischem Untersuchungsmaterial hat einige Autoren dazu verleitet, in ihrem ideologischen und festgefahrenen Kampf um die richtige Drogenpolitik¹, je nach Ausrichtung und Standpunkt, bestimmte Studien zur Befürwortung oder Ablehnung der Legalisierungsprogramme kritiklos heranzuziehen².

Um auf der einen Seite solchem Mißbrauch durch selektives Zitieren von einigen negativen oder positiven Studienergebnissen zum scheinbaren empirischen Beweis vorzubeugen und weil es auf der anderen Seite aber nicht möglich war, die Studien wegen ihrer großen Anzahl insgesamt darzustellen, hat der Verfasser bei bestimmten Bereichen der Kriminalität (z.B. Konsumkriminalität, soziales drop out) versucht, die Spannbreite der Ergebnisse repräsentativ aufzuzeigen und auf die wichtigsten sich widersprechenden Studien verwiesen. Bei den Studien, die die Gesamtkriminalität oder die Beschaffungskriminalität behandeln und die damit das Schwerpunktthema der Arbeit berühren, hat der Verfasser fast alle verfügbaren und wissenschaftlich anspruchsvollen Studien wiedergegeben. Insbesondere wurde deren empirischer Beweiswert eingehender untersucht, und es wurden anhand dieser Studien, unter Einbeziehung der interaktionistischen Ursachentheorie, Ergebnisse über die kriminalitätsreduzierende Wirkung der Legalisierungsprogramme festgestellt.

¹ Gegenüber stehen sich die "Gralshüter", die an der bisherigen pönalisierenden Drogenpolitik unter allen Umständen festhalten wollen, und u.a. die Vertreter des Aktionskreises Junger Kriminologen, die sich gegen die Kriminalisierung von Suchtkranken wenden. Siehe hierzu: Moebius, S. 46, 50, 52.

² Z.B. Wagner, Krauthan, Gebhardt.

Unter Zugrundelegung der Effektivitätsanalyse der bestehenden Drogenpolitik und der Auseinandersetzung mit den ausländischen Modellversuchen soll dann die Arbeit mit der Beantwortung der Frage abschließen, welchen Weg die Bundesrepublik Deutschland bei der Bekämpfung des Rauschgiftproblems einschlagen soll und welche Maßnahmen hierzu zu treffen sind.

Dabei ist sich der Verfasser bewußt, daß es auf dem Gebiet der Bekämpfung von Rauschgiftsucht und der damit verbundenen Kriminalität keine Patentlösungen geben kann, die schlagartig zu einer Beseitigung des Drogenproblems führen. Allerdings muß sich jede angewandte und neu einzuführende Drogenbekämpfungskonzeption daran messen lassen, inwieweit sie den Süchtigen ohne Zwang zur Kriminalität und ohne neue Risiken für die Gesamtgesellschaft in diese integrieren kann. Besonders der harte Kern von Süchtigen, die mit den heutigen Therapieangeboten nicht mehr erreichbar und damit die eigentlichen Opfer der Drogenwelle sind, begründet eine große moralische Verpflichtung für unseren sozialen Rechtsstaat, der das menschliche Elend der Süchtigen nicht mit dem Argument der Eigenverantwortlichkeit oder der theoretischen Möglichkeit einer Therapie mit minimalen Heilungserfolgen in quantitativ und qualitativ nicht ausreichenden Institutionen abtun darf, sondern sich für eine humanere und sozialere Strategie entscheiden muß.

B. DIE RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT

Unter Rauschgiftkriminalität sind im Umgang mit harten Drogen, den Opiaten, entstandene und durch sie bedingte Verhaltensweisen zu verstehen, die infolge eines dynamischen gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses als kriminell definiert werden und auf deren Grundlage sich individuelle Kriminalitätskarrieren entwickeln¹.

Nach der kriminologisch am begründetsten Differenzierung von Scheerer² muß zur Einteilung der einzelnen Erscheinungsformen zwischen der unmittelbaren und mittelbaren Rauschgiftkriminalität unterschieden werden. Die unmittelbare Rauschgiftkriminalität umfaßt dabei Handlungsweisen in der Konsumsphäre, der gesamten illegalen Rauschgifterzeugung und des illegalen Verkehrs (Handel, Schmuggel). Die mittelbare Rauschgiftkriminalität gliedert sich in die Folge- und die direkte und indirekte Beschaffungskriminalität.

Ebenfalls eng umwoben mit der Kriminalität des harten Drogenkonsumenten und Folge des Beschaffungsdruckes sind verschiedene entkriminalisierte sozialabweichende Verhaltensweisen, wie Prostitution und soziales drop out, durch Drogen bedingte Krankheiten, Verlust der Arbeitsstätte oder am Ende der Fixerkarriere der Tod durch Selbstmord. Die Wesensverwandtschaft dieser sozialabweichenden Handlungen in Ursache und Begehungsweise mit den Delikten der Rauschgiftkriminalität und das Abhängigkeits- und Bedingungsgefüge zwischen beiden machen es notwen-

¹ Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 7; ders.: Kriminologie, S. 16, 17.

² Scheerer: in Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 490, 491, 492 mit weiteren Hinweisen.

dig, sie in die Betrachtung miteinzubeziehen und sie bei den einzelnen Kriminalitätskomplexen der Rauschgiftkriminalität mitzuerläutern.

I. DIE UNMITTELBARE RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT

1. Schwarzhandel

Der derzeitige Herooinhandel, einschließlich eines Großteils des Aufkaufs und Schmuggels aus den Anbaustaaten, ist professionalisiert und liegt überwiegend in den Händen des organisierten Verbrechens¹, bei dem es sich in der Bundesrepublik Deutschland wohl nicht um ein einheitliches monopolitisches Syndikat oder um einen Zusammenschluß von mehreren Syndikaten wie in den USA² handelt, sondern um viele teils landsmannschaftlich zusammengesetzte Gruppierungen, wie z.B. Kurden, Türken, Perser, Araber und Ostasiaten³, die über Verbindungen zu den Anbau-

¹ H.J. Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 221; Körner, S. 58, 61. Teilweise wird auch behauptet, daß politische Gruppierungen oder Geheimdienste zur Finanzierung ihrer Organisationen und Aufgaben den Handel mit Opiaten betreiben oder ihn zumindest gegen Beteiligung billigen (Hertweck, S. 267). In diesem Zusammenhang werden oft der CIA, palästinensische und kurdische Freiheitsbewegungen genannt. Diese Behauptungen sind jedoch nur schwer wissenschaftlich überprüfbar, und es könnte sich auch um reine Spekulationen und politische Diskriminierung handeln. Ganz auszuschließen ist diese Verknüpfung von Rauschgifthandel und Politik nicht, wie das belegte Beispiel von nordkoreanischen Diplomaten in Schweden zeigt, die mit Billigung ihrer Regierung zur Devisenbeschaffung Rauschgift und zollpflichtige Waren schmuggelten. Auch der Fall des Persers Tabatabai scheint darauf hinzudeuten.

² Straß, S. 371.

³ Bauer, S. 38; Boettcher, S. 469.

staaten verfügen und im direkten Kontakt mit diesen weltumfassend arbeiten. Diese Gruppierungen zeichnen sich vor allem durch ihre breite finanzielle Basis aus, die sie sich aus anderen illegalen und kriminellen Unternehmungen aufgebaut haben, und die sie nun gezielt zur Finanzierung des Rauschgifthandels und zum Aufbau und zur Unterhaltung eines Verteilernetzes einsetzen¹.

Entsprechend der Struktur des organisierten Verbrechens sind sie straff organisiert, hierarchisch gegliedert und schützen sich durch Aufbau von Pufferzonen und durch die Neutralisierung der Instanzen der sozialen Kontrolle vor Strafverfolgungen. Ihre Unternehmen planen sie strategisch mit dem Ziel, bei geringstem Risiko den größtmöglichen Profit zu erwirtschaften².

Hierzu gab ihnen die Anfang der siebziger Jahre bestehende Nachfrage nach Rauschmitteln, die sich legal nicht befriedigen ließ, die beste Gelegenheit. Das organisierte Verbrechen erkannte die sich bietende Marktlücke sofort und machte sich das allgemeine Konsumbedürfnis nach illegalen Drogen geschickt zunutze, indem es das bisherige weiche Drogenangebot um Heroin erweiterte und dieses gezielt in großen Mengen auf dem Markt einführte. Belegt werden kann diese Marktstrategie am Beispiel der Entwicklung der Drogensituation in den Niederlanden. Bis 1972 wurden dort, wie in der Bundesrepublik auch, vorwiegend weiche Drogen konsumiert. Daneben gelangten kleinere Mengen Rohopium durch das

¹ Falk, S. 69; Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 221.

² Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 131; ders.: Kriminologie, S. 106, 107, 114; ders.: in Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 3, S. 473, 474.

Angebot chinesischer Händler auf den Markt. Diese Händlergruppen versorgten aber in erster Linie Landsleute, die in der niederländischen Marine gearbeitet hatten und sich nach Kriegsende in den Ausländerkolonien von Amsterdam und Rotterdam niederließen. Das Opium wurde dort entsprechend der chinesischen Tradition geraucht. Heroin wurde von den chinesischen Konsumenten verabscheut und nicht benutzt. Das Opiumrauchen wurde von der niederländischen Polizei mehr oder weniger geduldet. Im Jahre 1972, als die Instanzen der sozialen Kontrolle aufgrund des Anstieges jugendlichen Drogenkonsums verschärft gegen diesen eingriffen, erhielt die Polizei dann gezielte, anonyme Informationen über die Identität und die Arbeitsweise der chinesischen Händler, so daß sie den Opiumhandel zerschlagen konnte. Kurz nach dieser Aktion, von einer Woche zur anderen, kam zum ersten Mal Heroin zu Dumpingpreisen und als Gratisproben auf den Markt. Manchmal wurde es auch mit der gezielten Falschinformation, es mache genauso wenig süchtig wie Haschisch und die anderen weichen Drogen, an Kleinhändler und Konsumenten abgegeben.

Das organisierte Verbrechen, und nur dieses, verfügte Anfang der siebziger Jahre über die Kenntnisse und Mittel, um überhaupt Heroin herstellen und einschmuggeln zu lassen, hat somit gezielt die einzig ernstzunehmende Konkurrenz ausgeschaltet und das Opium vom Markt verdrängt, um selbst mit einer weit profitreicheren und gefährlicheren harten Droge in das Geschäft einsteigen zu können. Heroin wurde dabei als Drogenware ausgewählt, weil es gegenüber dem Opium folgende wesentlichen Vorteile besitzt. Infolge des geringeren Volumens kann es leichter als Schmuggelware transportiert werden. Zum anderen schafft es aufgrund des höheren Suchtpotentials eine größere Anzahl Süchtiger, die einen festen Abnehmer-

kreis bilden und die zum Ankauf der Ware bereit sind, jeden Preis zu zahlen, so daß sich mit Heroin die höchsten und dauerhaftesten Profite erzielen lassen.

Ähnlich wie in den Niederlanden agierten auch die Gruppierungen des organisierten Verbrechens in der Bundesrepublik Deutschland, wo sie, ohne allerdings zunächst eine chinesische Opiumkonkurrenz ausschalten zu müssen, gezielt um 1972 schlagartig größere Mengen Heroin auf den schwarzen Drogenmarkt einführen. Es gelang ihnen dann nach und nach, nicht zuletzt auch aufgrund der Experimentierbereitschaft der Konsumenten weicher Drogen und des Fehlens der legalen Befriedigung dieser Konsumbedürfnisse, das Heroin als marktbeherrschende Droge zu etablieren und ein dreidimensionales, arbeitsteiliges System von Handelsstufen aufzubauen: den Groß-, Zwischen- und Kleinhandel¹.

Neben diesen Gruppierungen des organisierten Verbrechens mit einem einheitlichen und durchstrukturierten Handelssystem versuchen gerade in letzter Zeit vermehrt unabhängige Kleinunternehmer als mehr oder weniger amateurhaft handelnde Tätergruppen ins Rauschgiftgeschäft einzusteigen. Zu nennen sind hier Familienunternehmen wie Gastarbeiterclans oder ausländische Studenten mit sozialen und kulturellen Beziehungen zu den Anbaustaaten, die dort das Rauschgift teilweise selbst einkaufen und heraus schmuggeln bzw. herausschmuggeln lassen². Diese auf eigene Faust und Risiko arbeitenden und sich einen schnellen Profit erhoffenden Einzelhändler unterscheiden sich von den Gruppierungen des organisier-

¹ Vogt, S. 26; Scheerer: in Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 491.

² Bauer, S. 37; Straß, S. 372.

ten Verbrechens dadurch, daß sie aufgrund ihrer geringen Kapital- und Investitionsdecke nicht in der Lage sind, für einen konstanten Nachschub zu sorgen, sondern nur gelegentlich mit Rauschgiften handeln, um so ihr Studium oder den bei Orientalen noch üblichen Brautpreis zu finanzieren oder um Mittel zur Existenzgründung nach Rückkehr in die Heimatstaaten zurückzulegen. Ferner verfügen sie über kein eigenes Verteilersystem und keinen pufferartigen Organisationsaufbau. Über den Marktanteil dieser Kleinunternehmer im Heroingeschäft ist so gut wie nichts bekannt, da bisher noch keine Marktverteilungsanalysen erstellt worden sind. Anzeichen, wie z.B. ein Überangebot von Heroin und ein Preisverfall, könnten allerdings indizierend darauf hinweisen, daß immer mehr solcher Kleinunternehmer in der Hoffnung auf schnelle Profite auf den schwarzen Markt drängen¹.

Dennoch kann unterstellt werden, daß die Gruppierungen des organisierten Verbrechens weiterhin marktbeherrschend sind und des auch bleiben werden², da nur sie über ein gut ausgebautes und funktionsfähiges Verteilernetz verfügen und die außenstehenden Amateure zum Absatz ihres Produktes erst einmal direkten Kontakt zu Kleinhändlern und der Drogenszene suchen müssen, was ein großes Entdeckungs- und Verhaftungsrisiko mit sich bringt. Zudem besitzt das organisierte Verbrechen die Macht, etwa durch Zusammenarbeit mit den Instanzen der sozialen Kontrolle und durch Disziplinierung ihrer eigenen Händler, die unliebsame Konkurrenz auszuschalten und so das Angebot der handelnden Amateure zu unterbinden.

¹ Kreuzer/ Gebhardt/ Maassen/ Stein-Hilbers, S. 208-212.

² Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 221. In den USA sollen lediglich 11 Großhändler das Heroingeschäft monopolistisch beherrschen. Eine ähnliche Situation besteht auch in den Niederlanden (SWOAD, S. 15).

Die marktbeherrschende Position des organisierten Verbrechens wird daneben noch begünstigt durch den Aufbau dieser Gruppierungen und ihre Arbeitsweise, die sie für die Instanzen der sozialen Kontrolle nur schwer erfaßbar machen.

An der Spitze einer Gruppierung des organisierten Verbrechens auf der Stufe des Großhandels steht der Boß¹, der seinen Wohnsitz in den Anbaustaaten, aber auch in den Verbraucherländern haben kann. Er ist der Finanzier und eigentliche Organisator des Drogenhandels. Er führt einen unauffälligen Lebensstil als seriöser Geschäftsmann und kommt selbst nie mit Drogen in Berührung und bemüht sich, mit diesen auch nie in Zusammenhang gebracht zu werden². Bei den Drogengeschäften läßt er sich durch handelnde Organe, die sogenannten underbosse, vertreten³. Diese managen für ihn den Einkauf der Ware in den Anbaustaaten, die Veredelung des Rohopiums zu Heroin und den Transport der Ware in die Verbraucherländer. Die hierzu von den underbossen eingesetzten Personen des Aufkäufer, Chemikers und Schmugglers sind entsprechend der strikten Rollenverteilung im arbeitsteiligen System des organisierten Verbrechens⁴ nur spezialisierte Handlanger ohne Einblick in den Gesamtaufbau der Organisation⁵. So verfügt der Aufkäufer lediglich über Verbindungen zu den Anbauregionen. Dort kauft er das Rohopium, teilweise sogar schon das hieraus in einheimischen Heroinküchen gewonnene Heroin, von einheimischen Verbrechensgruppierungen,

¹ Vogt, S. 25; Schneider: Kriminologie, S. 113.

² Jenny, S. 50, 51.

³ Bauer, S. 37; Schneider: Kriminologie, S. 113, 114.

⁴ Schneider: Kriminologie, S. 114, 115.

⁵ Zühlsdorf/Güssow, S. 45.

die den Opiumanbau beherrschen, auf und vermittelt den Weitertransport an einen Empfänger, der den Heroinexport organisiert. Die Ausfuhr der Ware aus den Anbaustaaten zu den inländischen Verteilerzentralen übernehmen in der Regel professionalisierte Schmuggler, die das Rauschgift in Kraftfahrzeugen, Flugzeugen, Schiffen oder am Körper transportieren¹. Dabei wechseln sie ständig ihre Verbringungswege und -methoden und versuchen, sich den jeweiligen Reaktionen der Strafverfolgungsbehörden anzupassen. Teilweise werden diese Transporte auch ohne Begleitperson durchgeführt, und das Heroin wird als Luft- oder Schiffsfracht, in Gegenständen versteckt, versandt.

In den Zentren der Verbraucherstaaten wird dann das Heroin auf mehrere Zwischenhändler umverteilt, die es an den Kleinhandel als Abschluß der Verteilerkette weiterveräußern.

Der Kleinhandel selbst ist nicht mehr direkt in die Organisationsstruktur des organisierten Verbrechens miteinbezogen², da dieser bereits in der Drogenszene lebt und somit erhöht dem Zugriff der Strafverfolgungsbehörden ausgesetzt ist. Meistens wird er von Süchtigen betrieben, die sich so feste Bezugsquellen erschließen und durch den Verkauf ihre Sucht finanzieren wollen³. Letztendlich kommt damit jeder Süchtige innerhalb seiner Suchtkarriere zum Handel⁴. Reine, nicht süchtige Händler sind im Kleinhandel, im Gegensatz zum Großhandel, nicht anzutreffen, da der Eigenkonsum und die Drogenerfahrung die Ge-

¹ Jenny, S. 53.

² Hafenmeier, S. 174.

³ Essinger, S. 144.

⁴ Hünnekens, S. 144; Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 190, 193.

schäftsgrundlage bildet, welche erst den Zugang zu anderen Süchtigen schafft. Die eigene Sucht und die ständige Angst, zu ihrer Befriedigung ausreichende Mengen Drogen beschaffen zu müssen, bringen den Kleinhändler unweigerlich in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Zwischenhändler, der ihn in der Hand hat. Diese Zwangslage wird noch dadurch erweitert, daß er in seiner Position jederzeit durch andere Süchtige ersetzbar ist¹. Außerdem trägt er innerhalb des Handelssystems das höchste Verhaftungsrisiko² und erwirtschaftet infolge mangelnder Organisiertheit, Abhängigkeit von einem Monopol und hohem Eigenverbrauch den geringsten Profit³.

Bei dem Verkauf an die süchtigen Endabnehmer schaltet der Kleinhandel häufig Vermittler⁴ ein, und der Verkauf wird in letzter Zeit ähnlich wie auf den höheren Handelsstufen durch Verwendung toter Briefkästen, privater Umschlagplätze, Geschäftskontakte nur mit Bekannten immer konspirativer abgewickelt⁵.

2. Konsumkriminalität

Die Konsumkriminalität ist Ausdruck des in der Bundesrepublik herrschenden gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses, der den Konsum der in § 1 Abs. 1 BtmG und in den Anlagen I und III aufgeführten Betäubungsmittel mit Strafsanktionen belegt und damit jeden Heroinabhängigen notwendigerweise auch

¹ Vogt, S. 27.

² Essinger, S. 144.

³ Scheerer in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 491.

⁴ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 192, 193; Hafenmeier, S. 174.

⁵ Hafenmeier, S. 175; Stümper, S. 405.

als Rechtsbrecher definiert. Dieser kriminologische Kernsachverhalt findet seine Bestätigung in § 29 Abs. 1 Nr. 1-3 BtmG, der die Herstellung, den Erwerb, den Besitz und die Weitergabe von Heroin mit einer Höchststrafe von vier Jahren belegt. Danach ist zwar der Konsum nicht als spezielle Tatbestandsbegehung erwähnt. Weil aber der Konsum notwendigerweise den Erwerb oder den Besitz voraussetzt, wird er von der gesetzlichen Regelung miterfaßt.

Die Konsumkriminalität selbst spielte bis zu Beginn der Drogenwelle nur eine untergeordnete Rolle. Die polizeiliche Kriminalstatistik für das Jahr 1965 registrierte lediglich 1003 Verstöße gegen das Opiumgesetz, was einem 0,06%igen Anteil an der Gesamtkriminalität entsprach¹. Die Konsumkriminalität war zudem ausschließlich die Kriminalität einer Randgruppe, der sogenannten klassischen Morphinisten oder Opiumveteranen, die sich überwiegend aus Kriegsversehrten, Kranken oder medizinischem Personal zusammensetzte. Mit dem Anstieg der jugendlichen Fixer erhielt dann die ursprüngliche Konsumkriminalität eine andere Qualität und Quantität.

a) Konsumhandlung

Der jugendliche Rauschgiftkonsument erlernt den Umgang mit Drogen durch Interaktion mit bereits heroinerfahrenen Gruppen². Dort erfährt er das Drogenritual und wie das illegal erworbene Heroinpulver in Wasser aufgelöst, erhitzt, gefiltert und auf eine

¹ Zahlen laut polizeilicher Eingangstatistik (Ellinger, S. 30).

² Berger/Reuband/Widlitzek, S. 49-133; Becker, S. 36-46 (allerdings für den Marihuanakonsum).

Spritze aufgezogen wird, um es zu injizieren¹. Mit der Injektion setzt bei qualitativ hochwertigem Heroin und sich noch im Anfangsstadium der Sucht befindlichen Konsumenten ein angstbefreiendes, spannungslösendes, euphorisierendes, mit einem Orgasmus vergleichbares Glücksgefühl, der sogenannte "Flash", ein², welcher in eine 3 bis 6 Stunden dauernde Phase der körperlichen und psychischen Ausgeglichenheit übergeht³. Diese ersten experimentellen Heroinerlebnisse können sich dann zu einer fortschreitenden Suchtkarriere entwickeln, in der der Konsument vom gelegentlichen zum regelmäßigen und zum abhängigen Konsum gelangt⁴. In dem Endstadium der Sucht, das durch eine Konsumverschärfung in dem Sinne gekennzeichnet ist, daß die injizierte Menge immer größer und die Zeiträume zwischen den Drogenaufnahmen immer kürzer werden⁵, ist das Handeln des Fixers nur noch darauf konzentriert, das Entzugssyndrom, welches als körperliches Mißempfinden mit Schwindel, Unruhe, Krämpfen, Durchfall, Nasenfluß und depressiver Verstimmung⁶ auftritt, durch erneute Injektionen zu bekämpfen. In dieser Phase des Entzuges ist dem Süchtigen jedes Mittel recht, um an sein Heroin zu gelangen. Bei schwierigen Beschaffungssituationen

¹ Andere Konsumformen, wie Rauchen, Schnupfen oder das Essen von Opiaten werden wegen der zögernd einsetzenden Wirkungsweise seltener oder nur sporadisch angewandt. (Platt/Labate: Heroin Addiction, S. 49, 50). Zudem scheint bei einigen Fixern (Nadelfreaks) gerade das Gefühl der Nadel und etwas in der Vene zu spüren, besondere Lust (Nadelfeeling) entstehen zu lassen. (Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 153).

² Schenk: Droge und Gesellschaft, S. 162.

³ Schulz, S. 72, 73.

⁴ Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 35.

⁵ Schulz, S. 74.

⁶ Kapuste, S. 60.

versucht er, mit erreichbaren Ersatzdrogen das Abstinenzsyndrom zu überbrücken. Er trinkt Alkohol, schluckt Medikamente, schießt die typischen Ersatzstoffe Polamidon oder Valoron¹ oder andere Mittel, die nur in irgendeiner Form injizierbar sind, in sich hinein. Neben diesem infolge der Marktsituation oder einer finanziellen Notlage auftretenden Drogenmehrfachgebrauch kann dem Fixer aber eine gewisse Experimentierbereitschaft nicht abgesprochen werden, die ihn dazu verleitet, verschiedene Drogen zum Ausprobieren ihrer Kombinationswirkung nebeneinander zu konsumieren², wodurch z.B. eine Mehrfachabhängigkeit von Heroin und Amphetaminen entstehen kann.

Die durch die staatliche prohibitive Drogenpolitik bedingte Beschaffungssituation, die jede Möglichkeit des legalen Heroinerwerbes ausschließt, zwingt den Süchtigen, seinen gesamten Lebensrhythmus auf die Sicherung des Nachschubes von Drogen auszurichten, und läßt ihm keine andere Wahl mehr, als sein Leben drogenspezifisch zu organisieren. Er kann somit keiner geregelten Arbeit mehr nachgehen, seine finanziell desolate Lage führt zur äußerlichen Verwahrlosung, schlechter Ernährung und einem Wohnen in Elendsquartieren. Psychisch erfährt der Fixer eine soziale Vereinsamung. Es verfolgt ihn die Angst vor staatlicher Strafe, vor einsetzendem Entzug und vor dem Tod, dem er infolge nicht abschätzbarer Dosierung immer ausgesetzt ist. Ferner wird der Süchtige in seiner Sucht als Krimineller diskriminiert und stigmatisiert und als besonders gefährlicher Angehöriger einer Randgruppe aus der Gesellschaft gedrängt. Durch sein soziales "drop out" kommt der

¹ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 170.

² Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 83.

Fixer schließlich in ein "Drogenghetto"¹, in dem er, integriert in eine Subkultur, nach Abbruch früherer sozialer Bindungen, sozial isoliert, physisch und psychisch angeschlagen, in ärmlichen, unmenschlichen Lebensbedingungen zu überleben versucht.

b) Heroin und Depravation

Der Süchtige entspricht nunmehr dem Erscheinungsbild, das durch die klischeehafte Darstellung in den Massenmedien und einigen Aufklärungsbroschüren hinreichend bekannt ist. Dabei entsteht der allgemeine Eindruck, daß der Heroinkonsum bereits als solcher, quasi aufgrund der toxischen Wirkung des Heroin, unweigerlich zum körperlichen und psychischen Verfall, zu Krankheiten und letztendlich zwangsläufig zum Tode führen müsse. Diese pharmakologisch reduzierte, vorurteilshafte, monokausale Ursachensichtweise des nicht zu leugnenden und bei fast allen Süchtigen auftretenden Depravationssyndroms hat ihre Bestätigung auch in einem Teil der wissenschaftlichen Fachpublikationen erhalten. So schreibt Steinbrecher in Steinbrecher/Solms, dem anerkannten deutschen medizinischen Lehrbuch für Suchterkrankungen: "Schwerer Heroinismus wird meist nicht länger als einige Jahre überstanden. Völliger körperlicher Verfall, akute oder chronische Infekte (Tuberkulose!) sowie schwere Hepatose bewirken einen frühen Tod. Einige Besprechungen der Erstauflage des Handbuches sahen in diesen beiden das Kapitel 'Heroin' einleitenden Sätzen übertriebene Schwarzmalerei, andere hielten solche düsteren Prognosen zumindest für unbewiesen. Wir halten die Statistik der Stadt New York für Beweis genug. Wies sie doch für die fünfzehn vorausgegangenen Jahre bereits 1664 Heroin-

¹ Schulz, S. 126.

Todesopfer aus Die Symptome der akuten Heroinvergiftung sind qualitativ etwa die gleichen wie die des Morphinismus, quantitativ noch erheblich verstärkt. Die physischen Auswirkungen des Heroïnismus sind zweifellos noch verheerender als die des Morphinismus" Die "Empfindungsabstumpfung", infolge des Heroïnkonsums "stumpfen auch Gewissensregungen ab, fördert das Laisser-faire, den Hang zum Treibenlassen, zu Korruption und Faulheit und führt schließlich in (auch körperliche) Verkommenheit - und zwar begrifflicherweise um so früher, je weniger vorgegebene positive Trieb- und Charakterkräfte der intoxicativen Ausschaltung bedürfen"¹.

Nach Steinbrecher² ist es also das Heroin, das aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften das körperliche und soziale Elend des Drogenabhängigen bedingt und bei ihm zu einer Wesensveränderung mit einer asozialen Grundhaltung führt. Weiterhin unternimmt Steinbrecher den untauglichen Versuch, die Unterschiede, die hinsichtlich der sozialen Stabilität und des Umganges mit Drogen zwischen dem jugendlichen Fixer und den klassischen Morphinisten ohne Zweifel bestehen³, allein mit der stärkeren toxischen Wirkung des Heroïns zu erklären, obwohl Heroin und Morphinum dieselbe chemische Zusammensetzung besitzen und Heroin allenfalls schneller und intensiver wirkt, und vom Körper eher eliminiert wird⁴.

¹ Steinbrecher IV, S. 53, 54.

² Ähnliche Beschreibungen mit derselben Tendenz befinden sich bei: Bauer, S. 58, 59; von Wartburg, S. 113.

³ Kreuzer: Suchtgefahren, S. 103.

⁴ Stimmel, S. 227; Es wurde im Experiment festgestellt, daß Süchtige nicht zwischen einer Morphinum- oder Heroïninjektion unterscheiden konnten (Baridon, S. 4).

Die rein pharmakologisch toxische Begründung des Depravationssyndroms unter Außerachtlassung der sozialen Umstände, unter denen sich der Heroinkonsum vollzieht, und die Nichtbeachtung der gesellschaftlichen Reaktion auf das sozialabweichende Verhalten sind jedoch wissenschaftlich unhaltbar¹.

Morphium, Heroin und die synthetischen Opiate stellen in erster Linie in der heutigen Medizin nicht mehr wegzudenkende Heilmittel dar, die wegen ihrer analgethischen Wirkung Kranken bei starken Schmerzen verschrieben werden. In der amerikanischen medizinisch - wissenschaftlichen Literatur befindet sich kein Hinweis, daß selbst bei längerer ärztlicher Anwendung diese Medikamente zu einem psychischen oder zu einem rapiden körperlichen und sozialen Verfall geführt haben². Brecher schreibt z.B. zu diesem Themenkomplex: "In der medizinischen und psychiatrischen Literatur besteht ... allgemeine Einigkeit, daß die Gesamtwirkungsweise von ... Heroin, das zum geringen Preis und jederzeit erhältlich ist, auf den Körper und den Geist des Süchtigen ganz erstaunlich mild ist"³. Auch die klassischen Morphinisten sind ein genügender Beweis dafür, daß ein Süchtiger bei ausreichend legaler Versorgung mit Opiaten in chemisch reiner Form, sozialintegriert mit geringen gesundheitlichen Risiken als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft arbeiten, leben und selbst höchsten intellektuellen Anforderungen

¹ Vogt, S. 15, 16; Scheerer: Therapie als Strafe, S. 49 mit Hinweis auf weitere Untersuchungen.

² Baridon, S. 4; The Drug Abuse Council: Heroin Maintenance, S. 5 mit Hinweis auf weitere Untersuchungen.

³ Brecher, S. 23, 24, 27.

gerecht werden kann¹. Heroin steht somit aufgrund seiner pharmakologischen Eigenschaften einem "sozialen Funktionieren" nicht im Wege². Gleichwohl sollte nicht verkannt werden, daß längerer Opiatkonsum regelmäßig zu einer physischen und psychischen Abhängigkeit führt und gewisse gesundheitliche Risiken mit sich bringt, die immer dann gegeben sind, wenn der Stoffwechsel von außen durch die Verabreichung von Substanzen verändert wird, wie dies z.B. auch beim Nikotin, Alkohol und Medikamenten geschieht. Diese physiologisch bedingten Risiken, die geringer als beim Alkohol sind, und das Problem der Suchtbildung rechtfertigen es aber nicht, dem Heroin von vornherein nur aufgrund seines "pharmakologischen Potentials"³ entsozialisierende und krankmachende Eigenschaften anzudichten. Dieser Mythos ist lediglich dazu geeignet, von den wahren Ursachen des Depravationssyndroms, die zum Teil auch in einer prohibitiven und punitiven Drogenpolitik liegen, abzulenken und das ganze Drogenelend reduzierend zu verschleiern. Die Verteufelung und unwissenschaftliche Dämonisierung erscheinen um so unverständlicher, wenn man die Krankheiten und Todesfälle der heutigen Drogenkonsumenten genauer analysiert.

¹ Vogt, S. 16, 17; Scheerer: Therapie als Strafe, S. 58, 59; Szasz, S. 229, 230 mit dem Beispiel des weltberühmten Gründers des John Hopkins Hospitals W. S. Halsted, der als erfolgreicher Chirurg ständig große Mengen Morphinum zu sich nahm, ohne daß dies seine Arbeit und Stellung beeinträchtigt hätte.

² The Drug Abuse Council: Heroin Maintenance, S. 7, 8; Springer, S. 25, 26.

³ Meudt: in Kutsch/Wiswede, S. 201.

aa) Krankheiten

Die Mehrzahl der Fixer erkrankt im Laufe ihrer Suchtkarriere an Gelbsucht, Abszessen, Blutvergiftungen, Wundstarrkrampf und Herzklappeninfektionen¹, wobei diese Erkrankungen nicht notwendigerweise die primären Folgen eines jeden Heroinkonsumes sind, sondern einzig und allein durch den nicht sterilen Umgang mit dem Spritzbesteck oder durch die Streckmittel, die dem Straßenheroin auf jeder Handelsstufe zur Verlängerung und Gewinnmaximierung zugefügt werden, bedingt sind. So wird z.B. die Gelbsucht infektiös übertragen, wenn mehrere Fixer dieselbe ungereinigte Spritze und Nadel benutzen.

Wundstarrkrampf, Blutvergiftungen und Herzklappeninfektionen treten insbesondere durch unsterile Einspritzstellen, durch die Auflösung von Heroin in unsauberem Wasser oder durch eine sorglose und unhygienische Aufbewahrung der Spritzbestecke auf. Weitere Erkrankungen kommen hinzu, wenn das Heroin wegen aufgebrauchter Venen unter die Haut gespritzt werden muß und hautreizende Verfälschungsmittel und Schmutz zu Infektionen führen². Organschäden sind dagegen meistens die Folge des mit Streckmitteln versetzten Heroins.

Der unsterile Umgang mit der Spritze und der Nadel ohne jede Vorsichtsmaßnahme läßt sich sicherlich teilweise daraus erklären, daß der Drogenkonsument im Stadium der beginnenden Entzugerscheinungen alles um sich herum ignoriert und nur das eine Ziel kennt, sich so schnell wie möglich einen Schuß zu setzen. Es ist verständlich, daß er sich in diesem

¹ Eisenbach-Stangl, S. 395; Bauer, S. 62, 63; Louria, S. 204-206; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 36-47.

² Bauer, S. 63; Louria, S. 205.

Zustand nicht erst noch eine Einwegspritze kauft oder sein Spritzbesteck auskocht. Zum anderen wird auch die Gesundheitsgefahr bewußt in Kauf genommen, ignoriert oder heruntergespielt, da sie ihm im Gegensatz zu der Gefahr, die bereits von der Heroinjektion ausgeht, geringfügig erscheint. Bestätigt wird diese Einstellung auch durch eine Untersuchung von Berger, bei dessen Sample 58% der befragten Fixer nie auf die Sauberkeit des Spritzbesteckes achteten und 14% ihre anfängliche Vorsicht wieder aufgaben¹. Nicht übersehen werden darf indes, daß ein steriler Umgang mit dem Spritzbesteck, sofern er von den Süchtigen angestrebt wird, durch den Kriminalisierungsprozeß erschwert wird. Er macht mit dem Einkauf von Spritzbestecken, großen Mengen Einwegspritzen und Desinfektionsmitteln seine Sucht und Kriminalität sozial sichtbar, was in einer westmünsterländischen Kleinstadt zur Folge hatte, daß an junge Leute, die in das Klischee eines Fixers paßten, von den Apotheken und Sanitätshäusern keine Spritzen mehr verkauft wurden, um deren Sucht nicht auch noch zu fördern. Ferner können bei Hausdurchsuchungen ein Vorrat an Einwegspritzen und Spritzbestecken als Überführungs- und Beweismittel dienen, so daß diese ohne Rücksicht auf Hygiene versteckt aufbewahrt werden müssen.

bb) Todesfälle²

Diese Krankheiten können natürlich bei mangelnder ärztlicher Versorgung oder im Endstadium tödlich verlaufen und damit ein erhöhtes Mortalitätsrisiko

¹ Berger, S. 354.

² Ausführlich hierzu: Heberle/Gerchow, S. 27-29; Bschor/Junge, S. 299-306; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 31-36.

des Süchtigen gegenüber der Normalbevölkerung erzeugen¹.

Die Mehrzahl, etwa 60%, der amtlich erfaßten Todesfälle von Heroinabhängigen ist indes durch Unfälle bedingt². Sie resultieren zum einen aus der vom Süchtigen nicht mehr steuer- und übersehbaren Kombinationswirkung verschiedenartiger Drogen bei gleichzeitigem Konsum und zum anderen aus Überdosierungen, da wegen der Streckmittel kein Abhängiger weiß, welchen prozentualen Heroinanteil die Injektionsmenge besitzt. Die Unkenntnis führt dazu, daß der Süchtige, wenn z.B. qualitativ höherwertiges Heroin mit einem 80%igen Heroinanteil anstelle eines bisherigen 10-30%igen Anteils neu auf den Markt kommt, sich unter Beibehaltung der gleichen quantitativen Injektionsmenge eine qualitativ stärkere Dosis einspritzt, die dann seine Herointoleranzbildung übersteigt und mit Atemlähmungen zum Tode führt³. Ähnliche Unglücksfälle lassen sich z.B. vermehrt in den Niederlanden feststellen, wo ausländische Süchtige unter Zugrundelegung der Qualität des in ihren Heimatländern gehandelten Heroins den Heroinanteil des qualitativ hochwertigen niederländischen Heroins unterschätzen⁴. Tödlich verlaufende Unfälle treten auch dann in vermehrtem Umfang auf, wenn etwa durch den körperlichen Entzug in Haft- oder Krankenanstalten die eigene Toleranzverträglichkeit reduziert ist und nach dem Entzug die bisher gewohnten Mengen Heroin gespritzt werden⁵.

¹ Von Wartburg, S. 102.

² Kreuzer/ Gehardt/ Maassen/ Stein-Hilbers, S. 69; Bschor, S. 1256.

³ SWOAD, S. 5; Louria, S. 202.

⁴ Persönliche Mitteilung der Staatsanwaltschaft Amsterdam.

⁵ Bschor, S. 1256.

Eine weitere bedeutende Rolle unter den Todesursachen spielt die bewußte Selbsttötung¹, z.B. in Form der Überdosierung. Als Motiv für diese Suizide dürfte die Unerträglichkeit des Fixerdaseins mit seiner sozialen Isolation ohne Aussicht auf einen Ausweg im Vordergrund stehen. Neben dem Selbstmord aus "Verzweiflung, Resignation und Kapitulation"² führen auch Kurzschlußreaktionen als "Auswirkungen der Entzugssymptomatik" oder wegen unheilbarer körperlicher Erkrankungen³ zur Selbsttötung.

Auszuschließen ist ferner nicht, obwohl hierüber verlässliche Aussagen fehlen, daß einige Selbstmorde getarnte vorsätzliche Tötungsdelikte sind, z.B. Racheakte von Dealern⁴.

II. DIE MITTELBARE RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT

1. Beschaffungskriminalität

Die Beschaffungskriminalität stellt sich zum Teil als Folge des prohibitiven Kriminalisierungsprozesses dar, der dem Süchtigen keine Möglichkeit mehr bietet, seine Suchtbedürfnisse legal zu befriedigen, sondern ihn zwingt, mit kriminellen Handlungsweisen in den Besitz von Drogen zu gelangen⁵. Je nach der

¹ Kreuzer (Drogen und Delinquenz, S. 355) stellte bei 21 von 37 untersuchten Fixern latente Selbstmordabsichten fest.

² Gerchow in: Keup: Folgen der Sucht, S. 78.

³ Ders., S. 78; Huncke S. 54.

⁴ Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 353.

⁵ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 57.

Zielgerichtetheit des Beschaffungshandelns ist zwischen einer direkten und indirekten Delinquenzform der Beschaffungskriminalität zu unterscheiden.

Bei der direkten Form der Beschaffungskriminalität kommt es dem Süchtigen darauf an, sich unmittelbar den Besitz von Drogen zu verschaffen. Hierzu bricht er oftmals unter der Verzweiflung des Entzugssyndroms in Arztpraxen, Apotheken oder Pharmagroßhandlungen ein, begeht Raub oder räuberische Erpressung gegenüber Ärzten und Apothekern, erschleicht Rezepte, fälscht Rezepte oder läßt sich unbefugt Ersatzdrogen verschreiben¹. Neben diesen Delikten, die sich gegen einen Personenkreis richten, die legal mit Rauschmitteln umgehen, werden durch Raub und Diebstahl auch andere Süchtige mit illegalem Drogenbesitz als Opfer geschädigt.

Die indirekte Beschaffungskriminalität umfaßt ausschließlich Vermögenskriminalität. Der Süchtige versucht durch Eigentumsdelikte und Formen sozialabweichenden Verhaltens Geldmittel zu erlangen, um so seine Drogensucht und den täglichen Lebensunterhalt finanzieren zu können. Die Geldbeschaffung vollzieht sich in Garderoben- und Ladendiebstählen, Einbrüchen in PKWs, Kellern, Gartenlauben und dem anschließenden Verkauf des Diebesgutes an Hehler². Teilweise werden auch kleinere Raubüberfälle, wie Handtaschenraub, begangen³. Bei diesen Eigentumsde-

¹ Ausführlich zu den einzelnen Tathandlungen und Begehungsweisen: Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 254-283; ders.: in Schäfer, S. 252-254; Zühlendorf/Güssow, S. 46-51; Wenzky, S. 257-263; Brinkmann/Mätzsch/Püschel, S. 183, 184.

² Ausführlich zu den einzelnen Tathandlungen und Begehungsweisen: Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 287-295; Brinkmann/ Mätzsch/ Püschel, S. 184; Zühlendorf/Güssow, S. 51-53; Bauer, S. 140-142.

³ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 241.

likten handelt es sich aber in erster Linie um Gelegenheitstaten, die spontan in den Kaufhäusern der Innenstädte und an allgemein zugänglichen Stellen begangen werden. Gezieltes und geplantes Vorgehen ist äußerst selten¹. Erhöht eingesetzte kriminelle Energie, wie z.B. in den USA, wo Süchtige bewaffnete Überfälle auf Läden und bewaffneten Straßenraub begehen, ist kaum anzutreffen.

Neben der Vermögenskriminalität und dem Dealen stellt bei weiblichen Süchtigen die gelegentlich oder professionell betriebene Prostitution eine Hauptfinanzierungsquelle für ihre Sucht dar. So gaben 65% der 20 von Kreuzer und Mitarbeitern befragten Fixerinnen an, sich zu prostituieren; bei den interviewten männlichen Fixern arbeiteten nur 7% als Strichjungen².

Gerade das Kriminalitätspotential der indirekten Beschaffungskriminalität mit der Alltags- und Kleinkriminalität, die durch eine hohe Dunkelzahl und geringe Aufklärungsquote gekennzeichnet ist, läßt die Rauschgiftkriminalität in den städtischen Ballungsgebieten zu einem spürbaren Kriminalitätsproblem werden, da jeder Süchtige in einer prohibitiven Gesellschaft für einen Anstieg der Kriminalitätsbelastung sorgt³ und die Gesamtsummierung der Delikte vieler Süchtiger die Sozialstruktur einer Region destabilisiert.

2. Folgekriminalität

Die Folgekriminalität umfaßt zwei Verhaltensmuster:

¹ Ders., S. 237.

² Ders., S. 230.

³ Thomas, S. 53, 54.

- a) solche Aggressionsdelinquenz, die durch die spezifische Wirkungsweise des Rauschmittels nach dessen Einnahme hervorgerufen wird, und
- b) solche anderen kriminellen Verhaltensweisen, die unter Drogeneinfluß begangen werden.

Straftaten der Kategorie a), die infolge der pharmakologischen Eigenschaften der Droge bei bestimmten Konsumenten unter speziellen Außenwelteinflüssen zu einer Erhöhung bereits latent vorhandener Aggressionsbereitschaft oder zu einem Verlust der Realitätskontrolle mit nicht mehr zu steuernden Handlungsabläufen führen können, lassen sich wissenschaftlich belegt nur bei LSD, Amphetaminen und Alkohol feststellen¹. Opiate dagegen haben nach einer Injektion eine euphorisierende und dann eine dämpfend beruhigende Wirkung. Der Konsument wird regelmäßig nach dem Schuß entspannt, und er schwebt, zumindest im Anfangsstadium der Sucht, in einem Glücksgefühl. In diesem Zustand der körperlichen und seelischen Ausgeglichenheit infolge der Befriedigung des Entzugssyndroms besteht bei einem Süchtigen keine erhöhte Neigung zu besonderer Aggressivität. Amerikanische Studien belegen dann auch, daß es allein durch den Konsum von Heroin nicht zur Gewaltkriminalität kommt². Aggressive Verhaltensweisen des Süchtigen entstehen erst durch den Beschaffungsdruck, der ihn nach Einsetzen des Entzugssyndroms zwingt, mit allen Mitteln, auch mit Gewalt, sich die Drogen direkt oder indirekt, z.B. durch den Raub von Geldmitteln, zu verschaffen. Ebenso bedingen die Brutalisierung des Handels und die besondere Opfer-

¹ Loos, S. 16; Bauer, S. 131, 142, 144 mit zahlreichen Beispielen, so der Mord an der Schauspielerin Sharon Tate im LSD-Rausch.

² Greenberg/Adler, S. 245-248 mit weiteren Hinweisen; Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 43; Blum, S. 4.

situation des Süchtigen, die ihn zum Selbstschutz und zur Selbstjustiz nötigt, ein gewalttätiges Verhalten¹.

Bei den Straftaten, die während des Drogenkonsums begangen werden (Kategorie b)), handelt es sich in erster Linie um Fahrlässigkeitstaten und Verkehrsdelikte.

Über das Ausmaß dieser Straftaten ist jedoch so gut wie nichts bekannt, da diese Delikte kriminalstatistisch nicht gesondert erfaßt werden². Insbesondere dürfte es auch auf dem Gebiet der Verkehrsdelikte wegen der schwierigen Kontrollen und der erschwerten Nachweisbarkeit der Fahruntüchtigkeit ein hohes Dunkelfeld geben. So fällt z.B. der Opiate konsumierende Fahrer nicht, wie beim Alkohol, durch Geruch und Ausfallerscheinungen auf³. Ferner gibt es noch keine festen Kriterien, wie die Promillegrenze, sondern die Fahruntüchtigkeit muß jeweils in einer Einzelfallprüfung festgestellt werden⁴, wobei noch der Zusammenhang zwischen Opiateinnahme und Reaktionsverlust wissenschaftlich kaum erforscht ist.

Da die Folgekriminalität wegen der pharmakologischen Wirkungsweise des Heroins nur periphär als Fahrlässigkeits- und Verkehrsdelikt in Erscheinung tritt und - anders als die Beschaffungs- und Konsumkriminalität - nicht speziell bekämpft wird, erscheint es gerechtfertigt, bei der weiteren Betrachtung nicht näher auf sie einzugehen.

¹ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 245.

² Bauer, S. 130.

³ Zühlsdorf/Güssow, S. 54.

⁴ Judis, S. 108, 109.

C. BEKÄMPFUNGSKONZEPT

Entsprechend der staatlichen Forderung nach totaler Drogenprohibition und der Pönalisierung von Einfuhr, Verkauf, Erwerb und Konsum zur Durchsetzung dieses Gebotes verfolgen die Instanzen der sozialen Kontrolle, ausgerichtet auf den möglichen Täterkreis und dessen Tathandlung, ein zweiadressatiges Bekämpfungskonzept der Rauschgiftkriminalität, das sich sowohl gegen die Angebots- wie auch gegen die Nachfrageseite richtet.

I. ANGEBOT

Ausschließlich mit repressiven Mitteln soll "gegen diejenigen vorgegangen werden, die unsere Rechtsordnung brechen, indem sie mit Drogen und Rauschmitteln unerlaubt Handel treiben und durch die Gefährdung anderer, insbesondere junger Menschen, sich selbst Profit verschaffen und die Kosten der Beseitigung der von ihnen angerichteten Schäden der Gesellschaft aufbürden"¹.

Die Durchsetzung dieses Grundsatzes stößt jedoch in der Praxis wegen der speziellen Deliktsstruktur der unmittelbaren Rauschgiftkriminalität der Händlergruppen auf erhebliche Schwierigkeiten.

In fast 90% der Fälle besteht die übliche polizeiliche Ermittlungstätigkeit darin, auf Anzeigen von

¹ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, S. 99, 100.

Straftaten zu reagieren, die ihr durch Opfer, die ihre Rechtsgutsverletzungen gesühnt haben wollen, oder aufgrund von Aussagen beobachtender Zeugen zugehen. Bei der Kriminalität im Zusammenhang mit dem Kleinhandel von Rauschgiften fehlen jedoch solche Anstöße von außen, da der Süchtige als das eigentliche Opfer durch den Erwerb und den Konsum selbst zum Täter wird und damit ein starkes Eigeninteresse besitzt, den Verkauf von Drogen unentdeckt zu lassen¹.

Hinzu kommt, daß der Süchtige bei seinen Lieferanten in einem Abhängigkeitsverhältnis steht und er - infolge der Unberechenbarkeit der Zusammensetzung der Droge - sich bei Anzeigen lebensgefährlichen Repressionen ausgesetzt sieht. Außerdem kann von ihm nicht erwartet werden, daß er sich seine eigenen Bezugsquellen verstopft. So beruht dann das Bekanntwerden von 96% der gesamten Rauschgiftkriminalität auf eigener Ermittlungstätigkeit der Polizei, und nur 4% wird an sie von außen herangetragen².

Ähnlich ungünstig für die polizeiliche Ermittlungstätigkeit gestaltet sich die Täter-Opfer-Struktur auf der mittleren und oberen Ebene des Rauschgift-handels. An den Straftaten, die dort begangen werden, sind jeweils zwei Tätergruppen beteiligt, die ebenfalls ein gleiches Profitinteresse an dem Zustandekommen der Tat besitzen. Dabei fehlt wegen konspirativer Abwicklung der Geschäfte ein aussagebereiter Zeuge und ein anzeigebereites personalisiertes Opfer, da hierbei die Gesamtgesellschaft als Opfer geschädigt wird.

¹ Kreuzer/ Maassen, S. 46, 47; Kreuzer/ Gebhardt/ Maassen, S. 269, 273.

² Salewsky, S. 347.

Die Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität, die darauf ausgerichtet ist, die Anbieterorganisationen des organisierten Verbrechens zu zerschlagen und deren Köpfe dingfest zu machen, kann demnach nur durch das Einleiten eigener polizeilicher Ermittlungen erfolgen. Hierzu ist es zunächst erforderlich, umfangreiche Kenntnisse und Einblicke in die Personalstruktur und die Arbeitsweise der einzelnen Händlerringe zu gewinnen. Diese Informationen werden puzzleähnlich, oft in internationaler Zusammenarbeit, durch Hinweise von Spitzeln, V-Leuten, eingeschleusten Untergrundfahndern oder aber aus Vernehmungen zusammengetragen, bis sich ein gewisser Tatverdacht auf eine Person oder Personengruppe konzentriert¹.

Breiten Raum in der polizeitaktischen Vorgehensweise bildet dann die verdeckte Observierung der gesamten Lebensweise dieser Tatverdächtigen², um sie bei konkreter Überführungsmöglichkeit verhaften zu können.

Agierende Polizeiarbeit stellt auch der Einsatz des agent provocateurs dar, der als polizeilicher Kontaktmann Scheinkäufe vorbereiten soll, indem er unter Vorzeigen von höheren Geldsummen als Käufer von größeren Mengen Rauschgift auftritt³.

Dieselbe polizeitaktische Strategie der Sammlung von Informationen, Durchdringen der Drogenszene mit Vertrauensleuten, Überwachung von Tatverdächtigen und Scheinkäufen wird auch gegenüber dem Kleinhandel angewandt. Daneben finden noch eine generelle Über-

¹ Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 180-187; Pietrzik, S. 322-325.

² Wienberg, S. 442-446.

³ Ders., S. 446, 447.

wachung der Szenentreffpunkte und schwerpunktmäßig Razzien statt¹.

Das Konzept der Eliminierung der Anbieterorganisationen hat ferner den Zweck, die Versorgung des Marktes zu stören und durch die Beschlagnahme von Rauschgiften den Markt zu säubern, um somit deren Angebot entgegenzuwirken. Diese Verknappungsstrategie beginnt bereits bei der Kontrolle der Einreisenden, ihres Gepäcks, ihrer Transportmittel und aller importierter Güter durch die Zollfahndung².

Es setzt sich fort durch verschärfte Sicherheitsauflagen für Apotheken und die Sonderrezeptpflicht für Betäubungsmittel³.

II. NACHFRAGE

Läßt sich die Bekämpfung gegen die Angebotsseite unstreitig als repressiv strafjustiziell kennzeichnen, so ist im Hinblick auf den Zwiespalt zwischen dem Konzept der Vorrangigkeit therapeutischen Vorgehens, wie es wiederholt von den politisch Verantwortlichen propagiert wird, und der Kriminalisierung des Süchtigen durch das Betäubungsmittelgesetz der gegen ihn anzuwendende Bekämpfungsansatz nicht sofort eindeutig festlegbar, und es erscheint zweifelhaft, welcher primären Reaktionsform der Drogenkonsum unterliegt.

¹ Bauer, S. 203-206; Zühlisdorf/Gülzow, S. 40, 41.

² Wienberg, S. 453, 454; Bauer, S. 206-209.

³ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, S. 115, 135.

1. Systematische Einordnung der staatlichen Drogenpolitik

Zunächst muß einmal davon ausgegangen werden, daß es sich bei dem Heroinkonsum und der -abhängigkeit um Formen sozialabweichenden Verhaltens handelt, die als nicht gesellschaftskonform definiert und bestimmten Reaktionsprozessen ausgesetzt werden.

Solche gesellschaftlichen Reaktionsprozesse und damit Bekämpfungsstrategien können sich im Hinblick auf sozialabweichendes Suchtverhalten in drei verschiedene Richtungen entwickeln¹.

Der Umgang mit der suchterzeugenden Substanz wird generell verboten und ihr Konsum kriminalisiert. Entsteht trotz verbotenen Konsums eine Sucht, so wird versucht, mit Hilfe des Strafanspruches und den ausführenden Organen der formellen Sozialkontrolle eine Verhaltensänderung zur Suchtfreiheit herbeizuführen. Diese punitive, prohibitive Kontrollstrategie nennt man "**legal approach**". Beispiele einer solchen Politik sind die Todesstrafe für Tabakbesitz im Rußland des 17. Jahrhunderts² und Gefängnisstrafen für Alkoholsüchtige während der amerikanischen Prohibition zwischen 1920 bis 1933.

Bei dem "**social approach**" kann die Prohibition teilweise gelockert oder ganz aufgehoben sein. Dem Suchtverhalten wird von der medizinischen und psy-

¹ Hacker, S. 15; Teff, S. 75; Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 318-322; Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 163, 164; ders.: Suchtgefahren, S. 101-103; Kreuzer/Maassen, S. 43-46; Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 52, 82.

² Szasz, S. 223.

chiatrischen Wissenschaft Krankheitswert beigemessen. Man bemüht sich, durch Therapien und soziale Hilfestellungen den Kranken zu heilen und ihn in die Gesellschaft zu reintegrieren, ohne ihn jedoch vorher kriminalisiert zu haben. Als Beispiel für eine solche Kontrollstrategie kann man die Reaktion auf die Alkohol- und Tablettenabhängigkeit in den Industrienationen anführen.

Totale Erhältlichkeit der suchterzeugenden Substanz und eine gesellschaftliche Kontrolle, die sich nur in informellen Regeln ausdrückt, da sie den Süchtigen nicht als behandlungsbedürftigen Kranken definiert, kennzeichnet den "liberal approach". Beispiel für diesen Ansatz bildet die Nikotinsucht, die allgemein gesellschaftlich toleriert wird, und nur bei bestimmten Gelegenheiten, z. B. Rauchen am Arbeitsplatz oder in der Schule, eine informelle Ächtung erfährt.

Geht man nun von dem in ihrem Aktionsprogramm¹ zum Ausdruck gekommenen politischen Willen der Bundesregierung aus, der lautet: "Sie (die Bundesregierung) will andererseits denjenigen helfen, die leichtfertig und unüberlegt in den Bannkreis der Drogen und Rauschmittel geraten sind und sich nicht aus eigener Kraft daraus befreien können. Ihnen muß die Hilfe des Arztes, des Psychologen und des Fürsorgers zur Verfügung stehen", so könnte man meinen, daß der Süchtige in der Bundesrepublik Deutschland vorrangig therapeutischen Interventionen unterliegen soll und damit der Weg des "social approach" eingeschlagen worden ist.

Kernstück dieses Aktionsprogrammes war jedoch eine Gesetzesreform der Strafrechtsbestimmungen des alten

¹ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, S. 100.

Opiumgesetzes vom 10.12.1929. Diese trat dann am 10.1.1972 in der bis 1981 geltenden Fassung des BtmG in Kraft mit der Aufgabe, Strafbarkeitslücken perfekt zu schließen. So wurden nunmehr der Besitz und die Gebrauchsüberlassung pönalisiert. Damit wurde eindeutig festgelegt, daß der Drogenkonsument kriminell ist und es sich bei den 50.000-80.000 Drogensüchtigen primär um Straftäter handelt. Diese unterliegen folgerichtig zuerst der sozialen Kontrolle von Polizei und Justiz und müssen mit den repressiven Mitteln des Strafrechtes von ihrer Sucht befreit werden.

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich somit entgegen anderslautender politischer Beteuerungen für den "legal approach" und für das Primat des Strafrechtes bei der Bekämpfung von Drogenkonsum und -abhängigkeit entschieden¹.

¹ Eine andere Auffassung vertritt Kreuzer in: Suchtgefahren, S. 101-107, der aufgrund einer ungenauen Differenzierung zwischen den Elementen des social und legal approach zu dem Ergebnis gelangt, daß in der Drogenpolitik der Bundesrepublik Deutschland gegenüber dem Drogenkonsumenten auch die Strategie des social approach Anwendung findet. Mit überzeugenden Argumenten nimmt Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 317-322 dagegen Stellung.

Grundsätzlich wird man die Bekämpfungsstrategien nur nach den Kriterien einordnen können, ob sie einen Umgang mit den suchterzeugenden Substanzen zulassen, und wie sie die Sucht definieren, ob als Straftat, Krankheit oder Laster. Ein wesentliches Differenzierungsmerkmal bildet damit der gesellschaftliche Definitionsprozeß und das durch ihn ausgelöste Schwergewicht der sozialen Kontrolle. Allein die Möglichkeit von therapeutischen Interventionen im strafprozessualen Rahmen (§§ 63, 64, StGB), die Unterstützung privater therapeutischer Einrichtungen, oder eine gewisse Möglichkeit der Entkriminalisierung auf strafprozessualer Ebene für Ersttäter bei geringer verbrauchter Menge, läßt aus der Entscheidung, die Drogensucht zu kriminalisieren, keinen sozialen Bekämpfungsansatz werden.

Eingebettet in diese strafrechtliche Lösungsstrategie unter Ausnutzung des von dieser dazu bereitgestellten Sanktionsapparates wird ein von der herrschenden psychiatrischen Meinung vertretenes therapeutisches Zwangskonzept¹, das entsprechend der Prohibitionsgesetzgebung nur die Drogenfreiheit als einziges und absolutes Therapieziel anerkennt. Erreicht werden soll diese durch eine Langzeittherapie, die sich an einem Therapiekettenmodell orientiert, das schrittweise eine körperliche Entgiftung, eine psychotherapeutische Behandlung in klinischen Einrichtungen und eine Nachbetreuung in Wohngruppen vorsieht².

Ambulante Behandlung in Freiheit ohne stationäre Einweisung, insbesondere auch Erhaltungstherapien³, werden in der Bundesrepublik Deutschland im Gegensatz zum westlichen Ausland strikt abgelehnt⁴ und nicht durchgeführt.

2. Reaktionsrealität

In der Praxis geschieht nun die Durchsetzung des staatlichen Strafanspruches und die Verwirklichung des Therapiezieles "Drogenfreiheit" wie folgt:

¹ Ausführlich: Quensel: Drogenelend, S. 170ff.

² Wanke: Gutachten, S. 29 mit weiteren Hinweisen; Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 66, 67.

³ Näheres S. 123ff der Arbeit.

⁴ Wanke: Gutachten, S. 29, 30.

a) Strafrechtliche Reaktion

Der Drogenkonsument wird aufgrund des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses vor die Alternative gestellt, jeglichen Drogenkonsum zu unterlassen oder andernfalls strafrechtliche Konsequenzen auf sich zu nehmen. Diese bestehen zunächst in der Einleitung eines polizeilichen Ermittlungsverfahrens, das nach dem im deutschen Strafprozeßrecht geltenden Legalitätsprinzip eröffnet werden muß, wenn die Instanzen der formellen Sozialkontrolle Kenntnis vom Heroinkonsum erhalten.

Bei schweren Verstößen gegen das BtmG oder im Falle schwerer Beschaffungskriminalität durch Süchtige erfolgen in der Regel die Verhaftung, der Erlaß eines Haftbefehles und der Vollzug der Untersuchungshaft, da wegen seines Lebens in der Drogenszene der Haftgrund der Flucht- und Verdunkelungsgefahr und wegen der Sucht der Haftgrund der Wiederholungsgefahr gegeben sind (§§ 112 Abs. II Nr. 3; 112a Abs. I Nr. 2 StPO). Nach § 126a StPO kann auch eine vorläufige Einweisung in eine psychiatrische Anstalt angeordnet werden, wenn Gründe vorliegen, die darauf schließen lassen, daß bei der Tatbegehung Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit vorgelegen haben und als Abschluß des Hauptverfahrens mit einer Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik oder Entziehungsanstalt zu rechnen ist.

Im Strafverfahren kann dann der Süchtige zur Freiheitsverbüßung in einer Justizvollzugsanstalt verurteilt werden. Bei einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von nicht mehr als einem Jahr kann das Gericht bei günstiger Sozialprognose die Vollstreckung der Freiheitsstrafe zur Bewährung aussetzen und dem Süchtigen die Weisung erteilen, sich einer Heil-

behandlung oder Entziehungskur zu unterziehen (§§ 56 Abs. I; 56c StGB). Bei Freiheitsstrafen zwischen einem und zwei Jahren ist dies nur möglich, wenn besondere Umstände, die in der Tat oder in der Persönlichkeit des Verurteilten liegen, hinzutreten (§§ 56 Abs. II; 56c StGB). Für das Gericht besteht aber auch die Möglichkeit, daß es neben oder statt der Strafe, und bei Drogensüchtigen sind die Voraussetzungen regelmäßig gegeben, Maßregeln der Besserung oder Sicherung ausspricht.

Gemäß § 63 StGB kann der Süchtige in ein geschlossenes psychiatrisches Krankenhaus, meistens ein Landeskrankenhaus mit oder ohne spezielle Abteilung für Drogenkranke, oder in eine der wenigen Spezialkliniken eingewiesen werden, wenn er die Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderter Schuldfähigkeit begangen hat und "die Gesamtwürdigung der Tat und des Täters ergibt, daß von ihm infolge seines Zustandes erheblich rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist". Nach § 64 StGB (bei Jugendlichen § 93a JGG) kann die Unterbringung in eine Entziehungsanstalt angeordnet werden, wenn ein Süchtiger wegen einer rechtsswidrigen Tat, die er im Rausch begangen hat, verurteilt wird oder eine Verurteilung unterbleibt, weil die Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist und die Gefahr besteht, daß er infolge seines Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung muß allerdings nach Absatz II unterbleiben, wenn eine Entziehungskur von vornherein aussichtslos erscheint.

In der Praxis spielt die Einweisung gemäß § 64 StGB nur eine unbedeutende Rolle, da es kaum spezielle

Entziehungsanstalten für Drogensüchtige gibt und diese dann meistens in dieselbe psychiatrische Klinik wie nach § 63 StGB eingewiesen werden¹.

b) Verwaltungsrechtliche Reaktion

Neben dem Versuch, Drogensüchtige mit Hilfe eines strafrechtlichen Erfassungssystems zu therapieren, besteht noch die Möglichkeit, kranke Süchtige ohne den Umweg über die Kriminalisierung im Wege repressiven Verwaltungszwanges auf Antrag der Ordnungsbehörde durch Verfügung des Amtsrichters in eine psychiatrische Klinik einweisen und behandeln zu lassen. Einer solchen Verfahrensweise nach den Landesunterbringungsgesetzen kommt jedoch in der Praxis ebenso wie der Unterbringung gemäß § 64 StGB eine untergeordnete Bedeutung zu. Dieses liegt an den zu engen Tatbestandsvoraussetzungen dieser Vorschriften, die nicht speziell auf Drogensüchtige zugeschnitten sind, sondern sich mehr an den Adressatenkreis der allgemein psychisch Kranken richten. So fordert § 11 Abs. I S. 1 PsychKG NW, daß nur eine gegenwärtige Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung, die nicht anders abwendbar ist, eine Unterbringung rechtfertigt. Nach der herrschenden Auffassung² ist diese nicht bereits durch die Unberechenbarkeit der Suchterkrankung oder eine fehlende Behandlungsbereitschaft als solche gegeben, sondern der Suchtkranke muß sich in einem Zustand akuter Lebensgefahr befinden, oder er muß infolge seiner Hilflosigkeit und des Fehlens jeglicher Pflege der völligen Verwahrlosung anheimfallen. Also nur in extremen Ausnahmefällen, bei Endstadien der Sucht

¹ Scheerer/Kappel, S. 9.

² Beschluß des OLG Düsseldorf vom 25.6.1975 X - 3 W 129/75 in: Suchtgefahren 1976, S. 102-103.

mit erheblicher Eigen- oder Fremdgefährdung, in der jede Steuerungsfähigkeit fehlt, nicht aber bei reiner Selbstzerstörung und Ruinierung der Gesundheit darf die Ordnungsbehörde eingreifen.

c) Informelle Therapiereaktion

Unabhängig von der offiziellen staatlichen Politik des "legal approach" und dem Einsatz repressiven Verwaltungszwanges hat sich in den letzten Jahren aufgrund überwiegender Initiative von privaten Institutionen und in Zusammenarbeit mit den freien Wohlfahrtsverbänden, teilweise auch mit staatlicher Unterstützung auf kommunaler Ebene, ein sozialtherapeutischer Ansatz entwickelt, der versucht, Süchtige durch freiwillige Motivation für eine drogenfreie Therapie zu gewinnen. Unterstützt wird diese Motivationsfindung durch eine aktive Sozialarbeit, etwa in Form von Streetwork oder durch Beratungs- und Kontaktstellen. Die Behandlung selbst erfolgt außer der körperlichen Entgiftung ausschließlich in therapeutischen Wohngemeinschaften und orientiert sich nicht an der psychiatrischen Suchtkrankenbehandlung, sondern ist ausgerichtet auf soziale Integration.

Dieser Ansatz, der schon gewisse Elemente eines "social approach" anstrebt, aber sich gegen jede Lockerung der Prohibition ausspricht, steht jedoch bisher unverbunden und teilweise konkurrierend neben dem staatlichen System der Haft und der verordneten Zwangstherapien¹.

So ist es häufig vom Zufall des ersten Zugriffes abhängig, welchen therapeutischen Sanktionen der Süchtige unterliegt.

¹ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 24, 285.

3. Das neue Betäubungsmittelgesetz in der Fassung vom 28. 7.1981¹

Eine wesentliche Änderung staatlicher Drogenpolitik gegenüber dem Süchtigen, die das Primat des Strafrechtes durchbrechen und eine konsequente Hinwendung zu einem "social approach" beinhalten würde, ist auch durch die zweite Novellierung des Betäubungsmittelgesetzes, das unter großen politischen Schwierigkeiten verabschiedet worden ist, nicht zu erwarten².

Dieses sieht unter dem irreführenden Schlagwort "Therapie statt Strafe"³ in den §§ 35 - 38 vor, daß bei Vorhandensein eines Therapieplatzes und bei Therapiewilligkeit die Vollstreckung einer Strafe von nicht mehr als zwei Jahren bei einem wegen Drogendelikts verurteilten Süchtigen zurückgestellt werden kann. Die Behandlung kann auf die Strafe angerechnet und ein Strafreis zur Bewährung ausgesetzt werden. Ferner kann die Klageerhebung zunächst zurückgestellt und nach Klageerhebung das Verfahren vorläufig eingestellt werden, wenn der Süchtige sich in Therapie befindet und er keine höhere Strafe als zwei Jahre zu erwarten hat.

Begrüßenswert an dieser Reform ist einzig, daß sich bei den politisch Verantwortlichen allmählich die Auffassung durchsetzt, daß Drogensüchtige als Kranke nicht in den Strafvollzug gehören, jedoch erfolgt mit ihr letztendlich nur eine Festschreibung und Fortführung der bisherigen Rechtspraxis, die Strafe unter Auflagen zur Bewährung auszusetzen. Diese

¹ BGBl. I S. 681-703.

² Scheerer: Sozialmagazin, S. 26.

³ Baum/Huber, S. 66; Körner, S. 59, 60.

vollstreckungsrechtliche Lösung stellt den Drogensüchtigen lediglich vor die Alternative, sich eine Therapie verordnen zu lassen oder den Weg der Strafhaft zu wählen. Sie stellt deshalb nichts anderes dar als eine weitere Normierung des strafrechtlichen Zwangsbehandlungssystems.

Darüberhinaus war ihr Zweck, die polizeiliche Ermittlungstätigkeit zu erleichtern und noch bestehende Strafbarkeitslücken zu schließen¹.

So ist nunmehr der Anbau von Rauschgiften unter Strafe gestellt (§ 29 Abs. I, Nr. 1 BtMG), womit vor allem Besitzer von Cannabispflanzen in die Strafbarkeitsregelung mit einbezogen werden sollten, die bisher bis zum Abernten der Blätter ohne Sanktionen blieben.

Erstmals wurde ferner im Deutschen Recht eine Strafmilderungsmöglichkeit für den Kronzeugen geschaffen (§ 31 BtMG), ohne daß dies ähnliche Debatten wie bei der beabsichtigten Einführung dieses Prinzipes für terroristische Gewalttäter hervorgerufen hätte. Dieses Kronzeugenprinzip könnte zudem in der polizeilichen Vernehmungssituation leicht zu Mißbräuchen führen. Der Süchtige wird im Zustand des Entzuges höchst manipulierbar sein und er wird, nur um freizukommen und an Heroin zu gelangen, jede ihm vorgegebene Verpflichtung eingehen und jeden Dritten denunzieren².

Verstärkte Repression und Kriminalisierung des Süchtigen schafft auch die Ausweitung des Strafraumens und die Schaffung eines neuen Verbrechenstatbestandes, der Freiheitsstrafen nicht unter zwei Jahren

¹ Ausführliche Kritik: Scheerer/Kappel, S. 10-14.

² Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 335.

für die bandenmäßige Begehung von Anbau, Herstellung, Handel und den Schmuggel einer nicht geringen Menge vorsieht (§ 30 Abs. I, Nr. 1, 4 BtMG).

Damit wird es möglich sein, zwei Freunde, und diese können nach bisheriger Rechtsprechungspraxis eine Bande darstellen, wenn sie sich für eine gewisse Dauer zusammengetan und eine Vielzahl von Taten vereinbart haben, als Verbrecher zu bestrafen. So z.B., wenn sie gemeinsam Cannabis anpflanzen oder Kleinhandel mit Heroin betreiben¹. Gleiches dürfte für Kleinschmuggler gelten, die im Ameisenschmuggel mehrere Tagesrationen Heroin einführen.

Dem neuen Betäubungsmittelgesetz liegt somit eine Vervollständigungs- und Straferhöhungstendenz zugrunde und kommt einer Politik des 'more of the same'² gleich. Nach diesem bisher jede der beiden Reformen des Betäubungsmittelrechts prägenden Element sind die Strafen verschärft und die Polizeieinsätze intensiviert worden, weil man darin das einzige Mittel sah, den Anstieg und die weitere Ausdehnung der Drogensucht zu verhindern. Von den politisch Verantwortlichen wurde damit immer wieder ein Lösungsweg über das Strafrecht gesucht, mit der erklärten Absicht, diesen jedesmal zu verbessern, ohne sich mit den erreichten Erfolgen dieses Mittels auseinanderzusetzen und zu überlegen, daß bei sozialen Konflikten die Effektivität des Strafrechtes sehr begrenzt erscheint. Dieser sofortige Ruf nach noch mehr Staat und härteren Strafen - entgegen dem Rat von Strafrechtskommissionen und kriminologischen Fachleuten³ - um als präventives Allheilmittel neu auftretende gesellschaftliche Phänomäne einzudämmen,

¹ Ders.: Sozialmagazin, S. 30.

² Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 326, 338, 339.

³ Schneider: Kriminalistik, S. 84-90.

spiegelt zudem eine Tendenz wieder, die wir gerade in letzter Zeit immer wieder bei unseren Politikern feststellen können. Beispielhaft sei hier an eine Verschärfung des Demonstrationsrechtes wegen der auftretenden Jugendkrawalle und eine Bestrafung der Geschichtsfälschung von der Vergasungslüge wegen der verstärkten Militanz rechtsradikaler Gruppen erinnert¹.

¹ Meldung der FAZ vom 6.6.1982 zu Plänen des Bundesjustizministeriums.

D. BEKÄMPFUNGSEFFEKTIVITÄT

Gerechtfertigt wird diese Politik der Prohibition und Kriminalisierung von den Vertretern des "legal approach" im wesentlichen mit dem Hinweis auf die Überlegenheit dieses Bekämpfungsansatzes, der trotz anerkannter Nachteile eine größere Ausdehnung der Rauschgiftkriminalität verhindert habe¹.

Die generelle Effektivität dieser restriktiven Drogenpolitik sei zudem durch konsequente Anwendung in verschiedenen Staaten hinreichend bewiesen worden².

Die in diesen Staaten, wie z.B. der Volksrepublik China, mit dem "legal approach" gemachten positiven Erfahrungen dürften allerdings für dessen Wirksamkeit nur eine begrenzte Beweiskraft besitzen, da die Drogenpolitik in diesen Staaten mit totalitären Mitteln bis hin zur langjährigen Isolierung und Eliminierung der Süchtigen durchgeführt worden ist und somit auf die Verhältnisse in westlichen Rechtsstaaten nicht übertragen werden kann³.

Größeren Beweiswert für die Fähigkeit des "legal approach", das Drogenproblem zu reduzieren, könnte allenfalls das Beispiel der Drogenpolitik im rechtsstaatlichen und demokratischen Nachkriegsjapan liefern. Dort gab es in den Jahren zwischen 1954 und 1958 ca. 600.000 bis 1.000.000 von injizierbarem Amphetamin abhängige Japaner, von denen 1954 allein 55.000 verhaftet wurden⁴.

¹ Für viele: Kreuzer: Suchtgefahren, S. 104.

² Ders., S. 104; Remschmidt, S. 358.

³ Geis, S. 562.

⁴ Council of Europe, S. 82.

Nach strenger Kontrolle der Produktion und der Verteilung des Amphetamins und einer verschärften Kriminalisierung und Zwangstherapierung¹ nahm die Zahl der Süchtigen rapide ab, und es kam 1958 nur noch zu 271 Arresten².

Ob aber, wie behauptet, die konsequente Anwendung des "legal approach" als *conditio sine qua non* für den Rückgang der Amphetaminsucht verantwortlich gemacht werden kann, läßt sich aufgrund des Fehlens einer empirisch-kriminologischen Analyse nicht zweifelsfrei beantworten³.

Möglicherweise werden hier die beiden Faktoren: Rückgang der Süchtigenzahlen und Kriminalisierung in Beziehung zueinander gesetzt, obwohl sie sich kausal nicht verknüpfen lassen und andere für die Reduzierung entscheidendere Prozesse übersehen werden. So kann man die im Nachkriegsjapan nach verlorenem Krieg und amerikanischer Besatzungszeit vorherrschenden gesellschaftlichen Umkehrungsprozesse nicht außer acht lassen, bei denen traditionelle Werte ihre Gültigkeit verloren und eine gewisse Haltlosigkeit eintrat, die sich erst nach sozialer und ökonomischer Festigung in den sechziger Jahren aufhob⁴. Desweiteren trat mit dem Abklingen der Amphetaminsucht vermehrt Heroinkonsum auf, so daß es, unabhängig von den gesetzlichen Maßnahmen, lediglich zu einer Verschiebung in der Drogenart, nicht aber zu einer Verringerung des Konsumentenpotentials gekommen sein könnte. Außerdem kann der menschliche

¹ Geis, S. 562; Remschmidt, S. 358.

² Council of Europe, S. 82.

³ "Auf der Grundlage der zur Zeit erhältlichen Unterlagen ist eine kategorische Antwort nicht möglich" (Council of Europe, S. 82).

⁴ Von Wartburg, S. 64.

Körper die Amphetaminsucht physisch nur kurze Zeit durchstehen. In San Francisco z. B. starb amphetaminsüchtiges medizinisches Personal bereits zwei Jahre nach Eintritt der Abhängigkeit¹.

Aber selbst wenn man die Kausalität bejaht, besagt das Beispiel der japanischen Nachkriegsdrogenpolitik nur etwas abstrakt über die Effizienz des "legal approach" unter bestimmten gesellschaftlichen und zeitlichen Bedingungen aus. Es ist kein sicherer Beweis dafür, daß diese Erfolge in anderen Staaten und zu anderen Zeitpunkten wiederholbar sein müssen und daß sich das derzeitige Suchtproblem in Westeuropa und den USA am effektivsten mit den repressiven Mitteln des Strafrechtes lösen ließe. Letztlich kann man den Weg zu einer rationalen und humanen Drogenpolitik nicht mit dem Hinweis auf die generelle Effizienz, bewiesen an einem historischen Beispiel, begründen, sondern der in der Gesellschaft bereits bestehende Bekämpfungsansatz muß einer kriminologischen Analyse unterzogen und in Beziehung zu anderen Alternativen gesetzt werden.

Die richtige Fragestellung zur Effizienzanalyse kann deshalb nur lauten: Welche Erfolge hat die deutsche Drogenpolitik in den letzten Jahren mit ihrer eindeutigen Entscheidung für den "legal approach" und dessen Fortführung und Perfektionierung erreicht? Zu messen ist dies daran, inwieweit es den Instanzen der sozialen Kontrolle gelungen ist, mit dem ihnen gesetzlich aufgezwungenen strafrechtlichen Reaktionsradius den verbotenen Umgang der Angebots- und Nachfrageseite mit harten Drogen und damit jegliche Form der Rauschgiftkriminalität einzudämmen, und welche nachteiligen Interaktionsprozesse durch dieses prohibitive, pönalisierende Bekämpfungskonzept ausgelöst worden sind.

¹ The Drug Abuse Council in: Austin/Lettieri, S. 9.

I. EINDÄMMUNG DER UNMITTELBAREN RAUSCHGIFT-KRIMINALITÄT DES HANDELS

Kennzeichnend für die Kriminalität der Angebotsseite ist, daß sie sich, dem polizeilichen Zugriff entzogen, im Verborgenen abspielt und ein hohes Dunkelfeld besteht¹. Diese wird vor allem durch die für die Instanzen der sozialen Kontrolle ungünstige Struktur der Delikte der unmittelbaren Kriminalität

¹ Bisher sind für den gesamten Bereich der unmittelbaren Kriminalität des Handels keine Dunkelfeldforschungen betrieben worden, so daß genaue Angaben über das Ausmaß des Dunkelfeldes nicht getroffen werden können. Schätzungen von Interpol für das Jahr 1971 gehen von einer 10% Aufklärungsquote aus (Ellinger, S. 37 mit weiteren Hinweis).

Nach Ellinger S. 37 soll die Dunkelzahl bei 1 : 200 liegen. Dieses gilt allerdings nur für Delikte, die den Konsum und den Erwerb von Cannabis betreffen.

Gülzow, S. 24 spricht aufgrund von polizeilichen Schätzungen von einer 95% Dunkelzahl generell für alle Rauschgiftdelikte, ohne nach den einzelnen Deliktsarten zu spezifizieren.

Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 374, 382 konnte bei seiner Fixerbefragung nach Grobschätzungen eine 1% polizeiliche Entdeckungsquote für den süchtigen Kleinhändler feststellen.

Allenfalls amerikanische Untersuchungen, deren Übertragbarkeit aber wegen der andersartig gelagerten Reaktionsmechanismen der Instanzen der sozialen Kontrolle, die wesentlich das Ausmaß des Dunkelfeldes mitbestimmen, auf deutsche Verhältnisse nicht gegeben ist, lassen gewisse Einblicke in die etwaige Größe des Dunkelfeldes zu. So kommt Inciardi: Crime and Delinquency, S. 335-346 in einer ausführlichen Studie zu dem Schluß, daß lediglich jeder 450. Handel mit Drogen in Miami, Florida bei einem Süchtigen zu einer Verhaftung führt.

Nach den einzelnen deutschen Aussagen muß demnach das Dunkelfeld als extrem hoch bezeichnet werden, und es liegt im Vergleich zu dem Dunkelfeld anderer Delikte mit an der Spitze.

des Handels begründet, die ein Bekanntwerden der Straftat fast ausschließlich durch agierende polizeiliche Tätigkeit zuläßt und damit von vornherein die Ermittlungs- und Kontrollmöglichkeit entscheidend einengt.

Kommt es dennoch zu Ermittlungserfolgen der Polizei, so werden in der Mehrzahl Täter überführt, die auf der untersten Stufe der Anbieterorganisation Kleinhandel betreiben. Die Verhaftungsquantität und auch der prozentuale Verhaftungsanteil innerhalb der Tätergruppen sind genauso pyramidenhaft gestaffelt wie die Handelsorganisation selbst.

Ermittlungserfolge gegen die eigentlichen Hintermänner des internationalen Großhandels sind äußerst selten, weil der strukturelle Aufbau ihrer Organisationen ein Ergreifen fast unmöglich erscheinen läßt. Gerade die Pufferzone, die jedem einzelnen Mitglied den Einblick in die nächst höhere Stufe verwehrt, schützt die Täter in den hierarchisch übergeordneten Rängen vor einer Verhaftung. Da die eigentlichen Köpfe und Drahtzieher zudem ihre Aktivitäten streng arbeitsteilig verlagert haben und Tätigkeiten, bei denen ein Verhaftungsrisiko durch den direkten Kontakt mit der Ware entsteht, wie etwa beim Schmuggel oder bei der Übergabe, auf Fremde delegieren, kann ihnen kaum ein Zusammenhang mit strafbarem Handel nachgewiesen werden.

Ein roll off der Organisation durch das Ergreifen von einzelnen Organisationsmitgliedern und im Auftrag der Organisation handelnden Fremden ist demnach äußerst selten und in den meisten Fällen aussichtslos.

Weiterhin tritt für ein totales Eliminieren der Anbieterorganisationen erschwerend hinzu, daß die

Köpfe der Gruppe international operieren und ihren Wohnsitz in Ländern errichten, in denen die Instanzen der sozialen Kontrolle leicht neutralisiert werden können. Kommt es dennoch zu Ermittlungserfolgen, so betreffen diese nur immer einzelne Ebenen der Händlerringe und geben damit den Drahtziehern auch weiterhin die Chance, ihre Organisation neu aufzubauen oder sich durch neue operative Taktiken den jeweiligen erfolgreichen Bekämpfungsstrategien der Instanzen der sozialen Kontrolle anzupassen¹.

Werden aber durch internationale Zusammenarbeit Händlerringe in ihrer Gesamtheit zerstört, wie etwa die French Connection in Marseille² oder die Chinese Connection in Amsterdam, übernehmen sofort wegen der enormen Profite neue Organisationen deren Geschäfte. So wurde z. B. die Bundesrepublik in den frühen Jahren fast ausschließlich von Amsterdam mit chinesischem Heroin versorgt. Nach der Ausschaltung der chinesischen Organisationen dort haben nunmehr türkische und nahöstliche Händlerringe den Markt in der Bundesrepublik übernommen und versorgen diesen über die Nahostschmuggelroute zu 90%³.

Größere Erfolgsaussichten sind den Instanzen der sozialen Kontrolle lediglich auf der unteren Stufe des Handels gegeben. Hier treten Kleindealer auf, die entweder selbst süchtig sind, oder aber Personen, die durch ihren Kontakt mit Süchtigen in Verbindung mit dem Kleinhandel gebracht werden können, und damit infolge ihrer sozialen Sichtbarkeit im Gegensatz zu den höheren Chargen des organisierten Verbrechens Ansatzpunkte für eine polizeiliche

¹ Scheerer in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 489.

² Ders., S. 493.

³ Pietrzik, S. 315.

Ermittlungstätigkeit bieten. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß, entgegen der primär progagierten Strategie, die Polizei ihre Bekämpfung nicht schwerpunktmäßig auf die großen Händler konzentriert, sondern gerade auf der Ebene der süchtigen Klein Händler verstärkt angesetzt wird, da dort die größte Aussicht auf Erfolg gegeben ist¹.

So kommt es denn auch immer wieder, wenn etwa das Rauschgiftproblem in der örtlichen Bevölkerung besonders aktualisiert ist, zu einem "großen Aufräumen"², insbesondere im ländlichen Raum³, das letztlich aber nur eine vorübergehende lokal und zeitlich begrenzte Störung des Kleinhandels bewirken kann, da gerade süchtige Klein Händler in ihrer Position ersetzbar sind und sich jederzeit genügend Süchtige finden lassen, die durch den Handel zwangsläufig ihre Sucht finanzieren müssen⁴.

Hinzukommt, daß gerade durch solche Polizeiaktionen die Süchtigen in die private Sphäre abgedrängt werden, die nur noch schwer kontrollierbar ist, und sich somit weitere Verhaftungserfolge immer schwieriger gestalten.

¹ Kreuzer/Maassen, S. 49.

² Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 349, Anm. 35.

³ Ein Beispiel hierfür bietet eine Aktion in einer westmünsterischen Kreisstadt, bei der nach dem Tod eines Süchtigen, und Beschwerden von Bürgern über ein "Haschlokal" in einer großen Polizeiaktion alles verhaftet wurde, was in dem Verdacht stand, mit Rauschgiften zu tun zu haben. Nach der Beschlagnahme von einigen Gramm Heroin und der Anordnung der Untersuchungshaft von drei Tatverdächtigen erschien die Erfolgsmeldung in der Lokalpresse, daß das Rauschgiftproblem in dieser Stadt ein für allemal gelöst sei.

⁴ Vogt, S. 27.

Schätzt man nun die bisherigen Erfolge in der Bekämpfung des gesamten Handels mit Heroin realistisch ein, so muß man sagen, daß diese sich ähnlich darstellen wie ein Kampf gegen die Hydra¹.

Machen die Instanzen der sozialen Kontrolle einen Händler dingfest, bietet ein neuer Heroin an. Trotz intensiven Polizeieinsatzes und einer technischen Perfektionierung der Sozialkontrolle durch Schaffung von Spezialdienststellen, Verstärkung des Polizei- und Zollpersonals, Verbesserung von Ermittlungsmethoden und der Schaffung eines computerisierten Melde- und Nachrichtendienstes² ist es bisher nicht gelungen, dem Handel entscheidene Schläge zu versetzen und das Angebot von Heroin ernsthaft zu unterbinden³.

Im Gegenteil, der Handel ist sogar in den letzten Jahren verstärkt worden, und es sind immer mehr neue Anbieter aufgetreten, was durch verstärkten Wettbewerb einen Preisverfall und eine Qualitätsverbesserung bewirkte.

Wer also in der Bundesrepublik Deutschland Heroin kaufen will, kann dies, soweit er die Handelsorte und Handelsbräuche kennt, ohne Schwierigkeiten trotz verschärfter Kriminalisierung in fast jeder größeren Stadt tun. Letztlich ist keine andere Situation entstanden als bei der amerikanischen Alkoholprohibition und der Kriminalisierung von Glücksspiel und Prostitution, bei der es nicht gelang, durch Zerschlagung der illegalen Anbieterorganisationen den staatlichen Prohibitionsanspruch durchzusetzen.

¹ Hacker, S. 171.

² Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, S. 14, 16.

³ Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 60, 61; Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 340, 341.

Dieses spiegelt sich auch in der Sicherstellung des jährlich beschlagnahmten Heroins wieder. Aufgrund von Schätzungen und verschiedener Hochrechnungen, die den Verbrauch aller Süchtigen in der Bundesrepublik Deutschland in Beziehung zu den sichergestellten Rauschgiften setzten, dürfte der Anteil der beschlagnahmten Menge an dem Gesamtvolumen des eingeführten und konsumierten Heroins bei 1%-5% liegen¹.

Er macht also nur einen äußerst geringen Bruchteil des tatsächlich gehandelten Heroins aus.

Erfolge dagegen konnten die Instanzen der sozialen Kontrolle bei der Eindämmung von gestohlenen und verschriebenen Arzneimitteln erzielen, da durch die Sicherungsmaßnahmen der Apotheken, die Einführung von Sonderrezeptpflicht und die verschärfte Disziplinierung der Ärzte durch berufs- und strafrechtliche Maßnahmen direkt auf diesen Markt eingewirkt werden konnte².

II. EINDÄMMUNG DER UNMITTELBAREN UND MITTELBAREN RAUSCHGIFTKRIMINALITÄT DES KONSUMENTEN

Muß gerechterweise eingestanden werden, daß es angesichts der Marktsituation bisher nicht gelungen ist, durch Kriminalisierung und einseitige Verknappungsstrategie den Drogenhandel entscheidend zu beeinflussen, so könnte der Erfolg des "legal approach"

¹ Kreuzer: Suchtgefahren, S. 99; Hacker, S. 171; Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 341; Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 221.

² Beil/ Günther/ Kellermann/ Schulz/ Trojan, S. 376, 377.

gerade darin liegen, daß er den weiteren Anstieg des Konsums und die dadurch bedingte mittelbare Rauschgiftkriminalität verhinderte. Das Mittel der Kriminalisierung könnte entsprechend der Zielvorstellung des Strafrechtes zum einen bewirkt haben, daß Jugendliche vom Konsum abgeschreckt (Generalprävention) und zum anderen, daß straffällig gewordene Täter durch strafjustizielle und zwangstherapeutische Maßnahmen resozialisiert, von einem Rückfall in Drogensucht und Kriminalität (Spezialprävention) abgehalten worden sind.

1. Strafandrohung und Abschreckung

Die generalpräventive Wirkung der deutschen Drogen-gesetze könnte schon deshalb fraglich erscheinen, weil trotz zweifacher Novellierung und der Perfektionierung und Aufrüstung der formellen Reaktions-seite die Anzahl der Süchtigen unaufhaltsam auf 50.000-80.000 gestiegen ist. Entscheidender dürfte aber darauf abzustellen sein, wie viele Jugendliche sich durch die Strafandrohung und die Möglichkeit strafrechtlicher Reaktion von dem Konsum von Heroin haben abhalten lassen, ob also durch die Pönalisierung noch größerem und intensiverem Konsum entgegen-gewirkt worden ist¹.

Dieses muß bezweifelt werden.

¹ So die Rechtfertigung des legal approach durch Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 189, 190; eher bezweifelnd Stein-Hilbers, S. 21.

a) Ausreichender informeller Schutz

Die Konsumbereitschaft und die konkrete Entscheidung, Heroin ausprobieren zu wollen, vollzieht sich regelmäßig losgelöst von dem Bestehen oder Nichtbestehen einer Strafvorschrift. Der Jugendliche lehnt den Heroinkonsum nur ab, weil er keinen Kontakt zur Szene besitzt, diesen nicht sucht, er keine Drogen zur Problembewältigung braucht oder sich vor den Folgen des Fixerdaseins, ohne Arbeit, zur Kriminalität und Prostitution gezwungen, gesundheitlich ruiniert und immer am Rande des Todes, fürchtet. Dieses Risiko, sozial abzugleiten und sich mehr oder weniger selbst zu zerstören - und dieses Risiko ist heute, wie Untersuchungen zeigen¹, jedem Jugendlichen durch Schule und Massenmedien hinreichend nahegebracht worden -, dürfte eine viel größere Barriere für die Verneinung des Konsumes sein als die zusätzliche Gefahr der Strafverfolgung. Dieses gilt um so mehr, als die meisten Jugendlichen, wenn sie vor die Entscheidung gestellt werden, Heroin auszuprobieren, bereits Erfahrungen mit weichen Drogen gesammelt und Kontakt zur Drogenszene hergestellt haben. Sie haben also schon zu Drogen gegriffen, ohne daß sie eine Strafandrohung davon abhielt. Daß sie sich nun gerade wieder vor dem Heroinkonsum dieser erinnern sollten, ist höchst unwahrscheinlich. Nicht die Angst vor der Strafe schreckt somit ab, sondern die Angst, süchtig zu werden. Nicht weil etwas von der Gesellschaft kriminalisiert wird, dies könnte eher im Gegenteil einen zusätzlichen Anreiz bilden, entscheiden sich diese Jugendlichen gegen den Konsum, so wie es ein rechtstreuer Bürger vermutlich tun würde, sondern weil sie nicht in die

¹ Berger/Reuband/Widlitzek, S. 83: "Von der Möglichkeit süchtig zu werden, wußten fast alle. Von einem Hineinschliddern in den Konsum harter Drogen aus schierer Ignoranz der Wirkung kann also bei den meisten nicht die Rede sein".

Rolle des drop out geraten wollen. Man sollte sich also davor hüten, die Wirkungsweise der Generalprävention, wie es häufig bei Justizreformern der Fall ist¹, gegenüber Jugendlichen, die erst einmal Zugang zu Drogen haben, zu überschätzen. Empirische Untersuchungen von Jasinsky und Anhegger belegen denn auch, daß nur 3,3% bzw. 1,9% der Konsumenten weicher Drogen aus Furcht vor Strafe den Konsum wieder aufgaben und nur 1,4% den Konsum wegen der Strafandrohung von vornherein unterließen².

Bei Konsumenten harter Drogen dürften diese Prozentzahlen noch geringer ausfallen.

b) Rechtsbewußtsein

Der generalpräventiven Wirkung der Drogengesetze wirkt aber auch der Umstand entgegen, daß es nicht gelingt, die Bestrafung des Konsums dem Adressatenkreis dieser Norm als sinnvoll und gerecht zu vermitteln³.

Der jugendliche Konsument empfindet bei der Begehung seiner Tat kein Unrechtsgefühl, weil er dem Staat das Recht abspricht, ihn zu kriminalisieren. Er vermag nicht einzusehen, warum Alkoholgenuß und der

¹ Dünkel, S. 683.

² Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 76 Anm. 2 mit weiteren Hinweis.

³ Kreuzer in: Schäfer S. 271, 272; Lüderssen, S. 748; "Hinzu kommt noch ein Punkt, den wir als entscheidend betrachten. Wir haben immer wieder festgestellt, daß die Schüler den Drogenkonsum nicht als kriminelle Handlung auffaßten und demzufolge auch nicht den Hemmungen ausgesetzt sind, die bei Befragungen über eigenes kriminelles Verhalten zu beachten sind. Dies gilt nicht für den Haschisch-Gebrauch, sondern auch für den LSD-Konsum", (Gülzow, S. 29).

Mißbrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten gesellschaftlich toleriert und der von diesen Substanzen Abhängige als Kranker behandelt, er aber von vornherein als Krimineller definiert wird. Kriterien für diese Ungleichbehandlung lassen sich für ihn nicht erkennen, zumal die Alkoholabhängigkeit größere gesundheitliche Risiken nach sich zieht als der Konsum Heroins in reiner Form. Mit Recht verweist der Konsument darauf, daß er durch seine Konsumhandlung kein anderes Rechtsgut schädigt, sondern sich allenfalls selbst zerstört, was aber strafrechtlich ohne Konsequenzen bleiben müsse, da auch die bewußte Selbsttötung straflos sei.

c) Dunkelfeld

Eine generalpräventive Wirkung kann die Kriminalisierung des Konsumes auch deshalb nicht erzielen, weil das Risiko, entdeckt und bestraft zu werden, bei dem ersten oder nichtsüchtigen Konsum äußerst gering ist¹.

Letztlich wirkt aber nicht so sehr das Bestehen einer Strafrechtsnorm für sich allein abschreckend, sondern deren Umsetzung in die Praxis. Hält der Täter aufgrund effizienter Reaktion seine Entdeckung und Bestrafung für wahrscheinlich und möglich, ist er geneigt, seine Straftat zu unterlassen².

Im Bereich der Konsumkriminalität läßt sich jedoch der staatliche Strafanspruch nur schwerlich realisieren, da der Konsum meistens unter gleichgesinnten Freunden in der nicht eindringbaren Privatsphäre

¹ Dunkel, S. 682.

² Schneider: Kriminalistik, S. 86, 87; Dunkel, S. 682.

erfolgt und ein personalisiertes anzeigebereites Opfer nicht existiert, so daß diese Kriminalität allein durch polizeiliche Ermittlungstätigkeit aufgeklärt werden muß. So besteht denn gerade auf dem Gebiet der Konsumkriminalität ein enormes Dunkelfeld. Schätzungen sprechen von einem Verhältnis von 1:200 zwischen entdeckter und unentdeckter Konsumhandlung¹.

Dieses Verhältnis dürfte aber weitaus höher liegen. Geht man einmal davon aus, daß jeder der 50.000-80.000 Süchtigen in der Bundesrepublik Deutschland nur dreimal täglich Heroin injiziert, so werden allein von diesen pro Tag bis zu 240.000 Straftaten begangen. Diese Hochrechnung mag zwar fehlerhaft sein, weil die genaue Anzahl der Fixer nicht feststeht und nicht sicher ist, wieviel Heroin konsumiert wird; sie steckt aber in etwa den Rahmen des Kriminalitätspotentials ab, das mit gesetzlicher Abschreckung und polizeilichen Maßnahmen kaum mehr einzudämmen ist, so daß es schon aufgrund der Fülle der Straftaten zu einer illegalen Entkriminalisierung kommt².

Besteht aber nicht mehr das Risiko der strafrechtlichen Reaktion und Sanktion, weil die Umsetzung des Strafanspruches an den faktischen Gegebenheiten scheitert, so verliert das Strafrecht seinen Wert³.

Hat das Strafrecht schon keinerlei Einfluß auf das Für und Wider beim Erstkonsum, so wird es erst recht nicht bereits erfahrene Konsumenten vom Weiterkonsum abhalten, da diese nicht nur die Gefahr des

¹ Ellinger, S. 37, allerdings für den Erwerb und Konsum von Cannabis.

² Kreuzer/Maassen, S. 48.

³ Kreuzer in: Schäfer, S. 272.

Heroins, sondern auch die Gefahr einer Strafverfolgung neutralisiert haben und von einer Beherrschung des Konsums und von einer Vermeidung der polizeilichen Entdeckung ausgehen. Hat jemand keine Angst vor Heroin, so wird er wohl kaum Angst vor einer staatlichen Strafe haben. Ist der Konsument dann süchtig geworden, verliert die Generalprävention wegen des Zwanges, unter allen Umständen konsumieren zu müssen, für den Betroffenen ohnehin jede Bedeutung.

2. Die Resozialisierung des Süchtigen

Wird der Drogensüchtige bei der Begehung von Konsum- oder Beschaffungsstraftaten von den Instanzen der sozialen Kontrolle entdeckt, wird er nach entsprechender Weichenstellung durch die Justiz der Reaktion des Strafvollzuges oder ersatzweise therapeutischen Zwangsmaßnahmen ausgesetzt, um ihn zur Einsicht zu bringen oder von seiner Drogensucht zu heilen und damit einem erneuten Rückfall nach Entlassung vorzubeugen.

Beide Maßnahmen scheinen aber mit einem zweifelhaften Erfolg behaftet zu sein und müssen angesichts der hohen Rückfallquoten als gescheitert angesehen werden.

a) Erfolge der Haftstrafe

Erstaunlicherweise wird auch heute noch, trotz der hinreichend bekannten generell negativen Erfahrungen mit Gefängnisaufenthalten, die Auffassung vertreten, daß der Strafvollzug speziell auch für Drogensüchtige angemessen sei.

Der Jugendstaatsanwalt Brunner meint dazu: "Jugendstrafe ist durchaus brauchbar. Sie dient der zwangsläufigen Entgiftung und der Entziehung des Milieus als Verstärker des Fehlverhaltens. Eine Jugendstrafanstalt kann das gestörte Sozialverhalten des Einzelnen ordnen helfen"¹.

Der Berliner Drogenpsychiater Bschor und Mitarbeiter kommen zu der Erkenntnis, daß "in einer Reihe von Fällen die Haft nicht nur zur körperlichen Erholung (einschließlich Zahnsanierung) geführt hat, sondern auch Prozesse der Besinnung und Umorientierung eingeleitet hat, wodurch es den Betroffenen nach Haftentlassung bei entsprechender Hilfestellung (Freunde, Arbeitgeber, Bewährungshelfer) möglich wurde, sich sozial wieder einzugliedern"².

Der Gesetzentwurf der CDU/CSU zur zweiten Novellierung des Betäubungsmittelstrafrechtes 1981 sah "keine Sonderregelung für den drogenabhängigen Täter" vor "und begründet dies mit der fragwürdigen Auffassung, ein langer Strafvollzug unter ärztlicher und psychologischer Betreuung sei in besonderer Weise geeignet, den straffällig gewordenen Drogenkonsumenten zu resozialisieren"³.

Die kriminologische Forschung konnte jedenfalls die Richtigkeit dieser subjektiven und wissenschaftlich nicht belegten Äußerungen bislang empirisch nicht nachvollziehen⁴.

¹ Brunner, S. 91, 92.

² Bschor/Algeier/Millholland, S. 6.

³ Körner, S. 59.

⁴ Dünkel, S. 683; Scheerer: Therapie als Strafe, S. 21-23; Schneider: Kriminalistik, S. 84, 85; ders.: in Elster/ Lingemann/ Sieverts/ Schneider, Ergänzungsband S. 507, 508, 509.

Durch die Zwangssituationen in den Haftanstalten tritt allenfalls bei 1-2% der inhaftierten Drogentäter eine positive Verhaltensänderung ein¹. 98-99% werden nach Entlassung sofort wieder rückfällig, was sich kaum als Erfolg der Gefängnisstrafe deklarieren läßt. Der Vollzug führt im Gegenteil zur Passivität, Versorgungshaltung, Anpassung, Unehrlichkeit, Deformation des Sozialverhaltens und Verfeinerung und Verfestigung krimineller Fähigkeiten. Der Süchtige erlebt in der Justizvollzugsanstalt eine Fortsetzung der Subkultur im kleinen, in der er, genau wie früher draußen, an Drogen gelangen kann. Durch die isolierenden Haftbedingungen wird der Wunsch nach Drogen eher noch verstärkt und das Drogenverhalten festgeschrieben. Eine Resozialisierung des drogenabhängigen Straftäters kann somit nicht erfolgen².

b) Erfolge therapeutischer Zwangsmaßnahmen

Eine ähnlich negative Erfolgsbilanz hinsichtlich der Rückfallquoten weist auch der lediglich auf Verwahrung ausgerichtete Aufenthalt in einer allgemeinen psychiatrischen Klinik auf³.

¹ Schulz, S. 162; Wöbke, S. 20.

² Ausführlich generell zur Kritik an der Haftstrafe und speziell für Drogentäter: Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 65; Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 315-320; Graalman, S. 86ff; Schneider in: Elster/ Lingemann/ Sieverts/ Schneider, Ergänzungsband, S. 501, 508, 509; Pilgram, S. 145; Huncke, S. 130.

³ Bauer, S. 168, 169; Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 67; ders. in: Kutsch/Wiswede, S. 205; Vogt, S. 24; Wöbke, S. 33, 34; Schulz, S. 141; Scheerer: Therapie als Strafe, S. 24-27; Nach Täschner, S. 414 ist der Strafvollzug noch effizienter als die Therapie in Landeskrankenhäusern.

Positivere Therapieergebnisse mit drogenfreien Patienten bis zu 30% innerhalb der behandelten Gruppe scheinen einzig und allein die wenigen, finanziell und personell gut ausgestatteten Fachkliniken zu erzielen, die auch zwangseingewiesene Patienten aufnehmen. Gerade von den Verfechtern der bisherigen Therapiepraxis werden oft einige Studien dieser Kliniken zitiert¹, die den Erfolg der strafrechtlichen Zwangstherapien dokumentieren sollen.

Zunächst ist einmal generell auffallend, daß es in Deutschland, im Gegensatz zu den USA, kaum Studien gibt, die einzelne Therapieformen und Therapieprogramme einer Effizienzanalyse unterziehen. Schaut man sich zudem die für den Erfolg des Systems als Beweis angeführten Studien näher an, so sind sie kaum in der Lage, den 30%igen Therapieerfolg wissenschaftlich zu untermauern.

Goelz untersuchte z.B. 54 Jugendliche, die in der Universitätsnervenklinik in Tübingen behandelt wurden. 75% von diesen wurden 2 Jahre nach der Behandlung rückfällig. Die Nichtrückfällig gewordenen waren allerdings Cannabiskonsumenten mit geringer anderer Drogenerfahrung. Bei den Opiatsüchtigen war der Rückfall nahezu 100%².

Bei 71 Patienten der Drogenabteilung des LKHs Warstein waren 21, also ca. 30%, nach der Therapie drogenfrei, allerdings nur 15 Patienten bereits mehr als ein Jahr, 5 zwischen 6-12 Monaten, 3 weniger als 6 Monate. Die Erfolgszahlen beruhen somit ausschließlich auf einem viel zu kurz gewählten Beob-

¹ Heckmann, S. 41, 43; Kreuzer: Suchtgefahren, S. 104.

² Goelz, S. 91; Scheerer: Therapie als Strafe, S. 26, 27.

achtungszeitraum. Zudem befanden sich einige Patienten freiwillig in Behandlung¹.

Eine Evaluationsstudie aus der jugendpsychiatrischen Anstalt in Hamm weist für die Behandlung eine 23-29% Erfolgsquote auf. Diese dürfte aber kaum Beweiswert besitzen, da ihr keine homogene Patientengruppe zugrundelag und der Erfolg für die Opiatabhängigen nicht extra ausgewiesen wurde. Behandelt man Cannabis- und Opiatabhängige gleichzeitig und werden die Cannabiskonsumanten nicht mehr rückfällig, so ist es nicht verwunderlich, daß man mit guten Erfolgszahlen aufwarten kann².

Allenfalls Therapieeinrichtungen wie therapeutische Wohngemeinschaften³, die in privater Trägerschaft streng auf freiwilliger Basis und hinsichtlich der Patienten hoch selektiv und modellhaft arbeiten, können auf geringere Rückfallquoten als die Kliniken verweisen⁴. Jedoch gibt es auch für diesen Bereich keine empirischen Effizienzanalysen⁵, so daß deren Erfolge wissenschaftlich nicht abgesichert sind.

Fragt man nun nach den Gründen für das bisherige Scheitern aller drogenfreien Zwangstherapien in den Krankenanstalten, so ist hierfür weder die zugegebenermaßen schlechte personelle und räumliche Situation noch die fehlende Krankheitseinsicht oder das mangelnde Durchhaltevermögen des Süchtigen verantwortlich. Das Scheitern jeder Form der Zwangsthera-

¹ Wolf, S. 183-187.

² Quensel: Drogenelend, S. 199; Dittrich/Gnerlich/Hünnekens/Rometsch/Thomas, S. 121-140.

³ Zu diesen Therapieformen: Scheerer: Therapie als Strafe, S. 28-42.

⁴ Täschner, S. 414.

⁵ Wöbke, S. 36,39; Huncke, S. 62.

pie ist vielmehr systemimmanent. Therapiewilligkeit kann nicht per Gerichtsbeschluß angeordnet werden. Hier endet die Macht des Strafrechts. Eine Verhaltensänderung setzt nun einmal die Bereitschaft des Patienten voraus, aktiv daran mitzuarbeiten und diese unter alltäglichen Bedingungen freiwillig einzuüben. Er muß die Möglichkeit besitzen, sich jedesmal erneut mit der Entscheidung, ob er drogenfrei bleiben will, auseinanderzusetzen. Dieses kann jedoch nicht in einer Situation gelingen, die den Süchtigen isoliert und ihn einem Anstaltszwang aussetzt. Wer Motivation durch Zwang erreichen will, muß scheitern. Er läßt die Therapie zur Strafe werden¹.

Somit schafft das gegenwärtige System strafrechtlicher und psychiatrischer Zwangsbehandlung immer mehr Süchtige mit Therapie- und Gefängniserfahrung, die, ohne ihre Sucht endgültig aufzugeben, immer wieder von neuem mit den gleichen negativen Ergebnissen inhaftiert und zwangstherapiert werden. Angesichts dieser erfolglosen Inhaftierungen und Behandlungen² ist es nicht verwunderlich, daß die Süchtigen den staatlichen Zwangsmaßnahmen ausweichen, um dann als therapieresistent abgestempelt zu werden.

¹ Mit ausführlicher Begründung: Scheerer: Therapie als Strafe; S. 7-49. "In den vergangenen 10 Jahren Drogenarbeit haben wir lernen müssen, daß sich die Drogenabhängigkeit gegen den Willen des Klienten nicht therapieren läßt" (Huncke, S. 58); "Alle Zwangsprogramme in allen Staaten der Welt sind gescheitert" (Brömer/Schlender, S. 212).

² Scheerer: Therapie als Strafe, S. 5; Springer, S. 33.

3. Nachteile prohibitiver und pönalisierender Drogenpolitik

Ein entscheidender Nachteil des "legal approach" ist neben seiner Erfolglosigkeit in der Konterproduktivität dieser Politik zu sehen¹. Dieses wird sogar von seinen Befürwortern teilweise anerkannt².

Mit jeder Prohibition wird bei bestehender Nachfrage in den westlichen Industriestaaten dem organisierten Verbrechen die Chance der Profiterzielung eröffnet. Die Süchtigen werden dem organisierten Verbrechen ausgeliefert und sind gezwungen, die Kosten ihrer Sucht zum Teil durch Delinquenz zu finanzieren. Gleichzeitig tritt beim Heroin aus Gründen der Gewinnmaximierung eine Qualitätsverschlechterung ein, die in Verbindung mit illegalen Konsumbedingungen das Gesundheitsrisiko des Süchtigen erhöht. Es entstehen ähnliche Nachteile, wie sie immer auftreten, wenn sozialabweichende Verhaltensweisen wie Alkoholsucht, Glücksspiel, Pornographie, Prostitution, Abtreibung und Homosexualität kriminalisiert werden.

Die Definition der Sucht als Straftat bedingt zudem, daß sich der Drogenkonsum, um einer Strafverfolgung zu entgehen, im Versteckten und Verborgenen abspielen muß. Gefährdete Jugendliche werden deshalb den Instanzen der sozialen Kontrolle erst bekannt, wenn sie sich in einem auffälligen Suchtstadium befinden oder Beschaffungskriminalität begehen. Schätzungen

¹ Vogt, S. 16-35; Schulz, S. 158-160; Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 48, 49, 58, 62, 84; Stein-Hilbers, S. 20, 21; Pilgram, S. 119-142.

² Kreuzer in: Schäfer, S. 266; von Wartburg, S. 311, 312.

sprechen davon, daß nur 50-70% der Süchtigen erstmalig drei bis vier Jahre nach Beginn ihrer Drogenkarriere von der formellen Sozialkontrolle erfaßt werden¹. Die funktionale Reaktionszuweisung der Drogenkontrolle primär an die Polizei und die Justiz ist somit kaum geeignet, bereits im Vorstadium ein weiteres Abrutschen in die Sucht zu verhindern. Ebenso wenig kann sie motivierend Therapiebereitschaft in Gang setzen und die Weichen für eine künftige Behandlung stellen. Sie muß zunächst strafrechtlich repressiv reagieren und kann erst nach diesem Kontakt nachrangig in Zwangstherapien einweisen. Die Kriminalisierung erschwert somit eine primäre und sinnvolle therapeutische Reaktion und widerspricht der politischen Zielsetzung, dem Drogenabhängigen als Krankem zu helfen und ihn zu heilen.

Durch den gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozeß entstehen vielmehr individuelle Kriminalitätskarrieren bzw. bestehende werden weiter verfestigt². Kommt es wegen des Drogenkonsums zu einer Konfrontation mit den Instanzen der sozialen Kontrolle, so kann durch dieses Einschreiten das sozialabweichende Verhalten dramatisiert werden. Der Drogensüchtige wird als Krimineller definiert und stigmatisiert. Übernimmt er endgültig den Status eines Sozialabweichers, so wird der deviante Lebensstil noch mehr gefestigt. Er ist nunmehr in seinem Selbstverständnis und nach der Einschätzung der Öffentlichkeit ein Abhängiger und zusätzlich ein Krimineller. Es kommt zu einer sozialen Isolation von der Normalgesell-

¹ Huncke, S. 13, 133; Kreuzer/Maassen, S. 48.

² Wöbke, S. 92, 131; Eberle, S. 113-118; Schulz, S. 166, 167; Pilgram, S. 125-127; Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 223; Dirnagl/Stein-Hilbers, S. 506-508.

schaft und zu einer Integration in einer Subkultur, die ihm Schutz und Solidarität bietet. Anstatt dem Süchtigen zu helfen, wird er durch die Kriminalisierung für soziale Interventionen immer unerreichbarer und weiter in die Kriminalität getrieben.

E. ALTERNATIVE: VERMEHRTE REPRESSION

Angeichts der Erfolgslosigkeit des derzeitigen Bekämpfungsansatzes, den Handel mit harten Drogen zu unterbinden und den Konsumenten durch strafrechtliche und darin eingebundene therapeutische Maßnahmen vom Drogenkonsum abzuhalten, könnte es erforderlich sein, die Rauschgiftkriminalität verstärkt und erfolgreicher mit noch repressiverer Reaktion zurückzudrängen. Diese müßte sowohl auf der Ebene des Angebotes wie der Nachfrageseite ansetzen.

I. ANGEBOT

Die Rauschgiftkriminalität des Handels ließe sich sicherlich dann radikal beeinflussen, wenn es gelingen würde, den Anbau und die Einfuhr von Opiatprodukten umfassender zu kontrollieren und den gesamten Aufbau des organisierten Verbrechens zu eliminieren. Dieser Lösungsmöglichkeit sind allerdings aufgrund der gesellschaftspolitischen Strukturen in den Anbau- und Konsumentenstaaten Grenzen gesetzt, so daß sie kaum mit einem absoluten Erfolg durchführbar erscheint.

1. Anbau- und Einfuhrstop

Der Anbau von Opiaten erfolgt in Regionen, die eine jahrhundertealte Anbautradition besitzen und sich

der Kontrolle einer staatlichen Gewalt entziehen. Die gewaltsame Zerstörung der Ernten ist aufgrund der kleinen und verstreuten Felder in undurchdringlichen und schwer zugänglichen Dschungel- und Bergregionen kaum möglich. Politisch ist die Zerstörung von der politischen Führung zudem nicht gewollt, da der Bevölkerung nicht ihre Lebensgrundlage entzogen werden soll, um sie noch stärker gegen die Zentralmacht aufzuwiegeln.

Maßnahmen, wie der Einkauf der Ernten, würden den Anbau noch lukrativer gestalten und zu dessen Intensivierung führen. Dabei könnte zu besseren Einkaufspreisen immer noch genügend Opium an Schwarzmarkthändler verkauft werden¹.

Ein Anbau alternativer Produkte scheitert an der fehlenden Infrastruktur. Es bestehen keine Verkehrsverbindungen, um leicht verderbliche Agrarprodukte auf Absatzmärkten anzubieten. Opium dagegen läßt sich lange lagern und verspricht einer vierköpfigen Familie ein jährliches Einkommen von 6.000 Dollar². Eine Umstellung auf andere Produkte widerspricht auch der Einstellung der Opiumbauern. Für sie ist es nicht verständlich, warum sie den Anbau eines guten Produkts, das sie selbst als Medizin verwenden und im Alter rauchen, aufgeben sollen. Sie empfinden beim Anbau kein Unrechtsbewußtsein und fühlen sich für die Sucht in den Industriestaaten nicht verantwortlich. Sie sind in ihrer Situation mit deutschen Kartoffelbauern vergleichbar, die ihre guten Erträge auch nicht aufgeben würden, nur weil z.B. einige Ostasiaten von geschmuggeltem Kartoffelschnaps süchtig werden.

Gelingt es nicht, den Anbau von Opium zu unterbin-

¹ Brömer/Schlender, S. 109.

² Ders., S. 109.

den, so kann erst recht nicht die Einfuhr von Opium selbst bei Intensivierung polizeilicher Reaktionen verhindert werden. In unserem Rechtsstaat mit Massentourismus und offenen Grenzen werden sich immer genügend Möglichkeiten finden, das Rauschgift, das nur ein geringes Volumen besitzt, einzuschmuggeln.

2. Eliminierung des organisierten Verbrechens

Bereits mit der Änderung des Betäubungsmittelgesetzes 1981 ist durch die Heraufsetzung der Freiheitsstrafe von 10 auf 15 Jahre für das professionelle Handeltreiben mit Opiaten eine ausreichende Verschärfung auf der Ebene der Gesetzgebung eingetreten. Eine weitere Ausdehnung des Strafmaßes dürfte demnach nicht mehr erforderlich sein, sondern die Instanzen der Sozialkontrolle müßten sich zunächst konsequenter durch intensivere Aufklärungs- und Vorbeugearbeit gegen die Aktivitäten des organisierten Verbrechens richten. Hierbei dürfte es allerdings nicht allein darum gehen, kriminaltechnische Verbesserungen einzuführen. Vielmehr müßten die Instanzen der Sozialkontrolle ihre eher reaktive Rolle aufgeben und unter Zugrundelegung amerikanischer Erfahrungen Vorbeuge- und Bekämpfungsstrategien entwickeln, die die kriminelle Organisation in ihrer Gesamtheit treffen¹. Ebenso wenig dürfte die verschärfte Reaktion, um Ermittlungserfolge aufzeigen zu können, dazu mißbraucht werden, wie bisher kleinere Dealer mit Kontakt zur Szene zu erfassen

¹ Schneider in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 3, S. 480, 483, 484, 486.

und diese zu Großhändlern hochzustilisieren¹. Die Perfektionierung der Sozialkontrolle müßte sich im Schwerpunkt gegen den Täterkreis auf der mittleren und oberen Ebene der Organisation wenden, in dem sich die eigentlichen Köpfe des Heroinhandels befinden.

Diese verstärkte Repression könnte zwar einige Achtungserfolge erzielen; sie erfordert aber mühsame Kleinarbeit und kann wegen der Struktur des organisierten Verbrechens dieses nur zeitweilig schwächen, jedoch nicht gänzlich eliminieren. Letztlich kann eine existenzvernichtende Bekämpfung nur durch einen Entkriminalisierungsprozeß mit der Konsequenz, daß die Drogenprohibition aufgehoben und die illegalen Bedürfnisse legal befriedigt werden², erfolgen. Der andere auch erfolgreiche Weg durch Gewalteinsatz gegen Händler und Süchtige das Rauschgiftproblem zu bekämpfen, kann nur in totalitären Regimen, wie z.B. der Volksrepublik China, wo es heute trotz großer Süchtigenzahlen und verbrecherischer Geheimbünde vor der Revolution 1949 keinen illegalen Opiatkonsum mehr geben soll³, gelingen⁴. In unserem freiheitlichen Rechtsstaat ist die totale Repression als Lösungsmöglichkeit nicht gegeben.

¹ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 286, 287.

² Schneider in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 3, S. 480.

³ Geis, S. 561, 562.

⁴ Hacker, S. 18.

II. NACHFRAGE

Auch in der Bundesrepublik Deutschland gibt es Stimmen, die die Erfolgslosigkeit der heutigen Rauschgiftbekämpfung gegenüber dem Konsumenten nicht als systemimmanente Bedingungen begreifen, sondern sich durch höhere Strafandrohungen, konsequentere Strafanwendung, längere Haftstrafen und die generelle Einführung von Zwangstherapien bessere Reduzierungschancen versprechen¹.

Sie übersehen aber, daß striktere Strafandrohungen in der Praxis auf Umsetzungsschwierigkeiten stoßen. Überkriminalisierung von Drogensüchtigen wird von den Instanzen der sozialen Kontrolle nicht angenommen, da sie es nicht für angemessen erachten, rigoros gegen die eigentlichen Opfer der Rauschgiftkriminalität, die Süchtigen, einseitig vorzugehen. Somit wird "das Schwert des Strafrechtes stumpf" und selbst von Polizei und Justiz " nicht mehr ernst genommen"². Dies belegt auch die Erfahrung in den USA, wo nach einer liberaleren Haltung durch staatliche Gesetzgebung im Staate New York 1973 härtere Drogengesetze für drogenabhängige Täter bei Rückfall eingeführt, die polizeilichen Kapazitäten zur Drogenbekämpfung erweitert und der Polizei größerer Ermessensspielraum einräumt wurde. Untersuchungen ergaben jedoch, daß durch mangelnde Akzeptanz dieser Gesetze keine Veränderungen im Drogenkonsum und im Angebot eintraten³.

¹ Für viele: Arbah-Zadeh, S. 2326-2329.

² Kreuzer/Maassen, S. 46; Kreuzer: Suchtgefahren, S. 104, 105.

³ Stein-Hilbers, S. 22; Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 321; ders. in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Ergänzungsband, S. 402; Winick, S. 400-411.

Ferner führt allein die Erhöhung des Strafrahmens zu keiner effektiveren Generalprävention, da diese wesentlich davon abhängt, inwieweit das Dunkelfeld aufgeheilt wird und der Täter mit seiner Entdeckung rechnen muß. Aufgrund der Deliktsstruktur der Rauschgiftdelikte, die kein anzeigebereites Opfer haben und unter Gleichgesinnten im privaten Bereich begangen werden, dürfte es aber selbst bei intensiverer Polizeiarbeit nicht gelingen, bessere Fahndungserfolge zu erzielen und so eine wirksamere Abschreckung herbeizuführen.

Forderungen nach einer totalen Kriminalisierung des Süchtigen mit längerer Inhaftierung in total isolierten Quarantänestationen schon zu Beginn der Drogenkarriere¹ oder nach einer umfassenden Zwangseinweisung aller Therapieresistenten in feste Häuser der Psychiatrie, wo sie langfristig unter geschützten Bedingungen therapiert werden sollen², können dagegen kein effektives Bekämpfungskonzept darstellen, wie bereits die heutige Rückfallquote von 98-99% beweist. Jede Form der Zwangsverwahrung in Gefängnissen oder Anstalten ist von vornherein zum Scheitern verurteilt³. Sie "heilt nur für die Dauer der Einsperrung"⁴. Ansonsten bedingt sie eine inhumane Problemverschärfung und weiteres Abrutschen in kriminelle Karrieren ohne wirkliche Verhaltensänderung. Sie drängt Sozialabweichler weiter aus der

¹ Arbah-Zadek, S. 2329; Zurecht dagegen: Kreuzer: Neue Juristische Wochenschrift, S. 1241.

² Konrad Adenauer Stiftung, S. 68; Ehrhardt, S. 19, 21.

³ Brömer/Schlender, S 212.

⁴ Scheerer: Therapie als Strafe, S. 129.

Gesellschaft heraus und führt zu sich wiederholenden Verhaftungen und erfolglosen Therapieversuchen.¹.

III. ERGEBNIS

Demnach läßt sich die Rauschgiftkriminalität durch vermehrte Repression auf der Ebene des Angebotes kaum beeinflussen. In unserem demokratischen Rechtsstaat wird auch bei der Perfektionierung der Strafverfolgungsmaßnahmen immer ein ausreichendes Angebot an Drogen bestehen, solange sich hiermit Profite erzielen lassen und ein großer Konsumentenkreis nach diesem Angebot verlangt. Die Politik des "more of the same", d.h. mit immer besserer polizeilicher Ermittlungsarbeit auch immer größere Bekämpfungserfolge zu erzielen², stößt an Grenzen und führt nicht zu einer totalen Eliminierung des Handels. Ebenso bedingt die Repression keine größere Abschreckung, sondern sie führt bei Süchtigen zu Zwangsverwahrungen mit vorprogrammiertem Rückfall. Letztlich erweist sich die Rauschgiftkriminalität aufgrund der Arbeitsweise des organisierten Verbrechens und des Süchtigen als kriminellem Kranken als bekämpfungsimmun³ und eine ohnehin schlechte Situation wird durch Repression nur noch schlimmer gemacht⁴.

Da eine Verschärfung des "legal approach" keine Erfolge erzielen wird, kann zur Bestimmung einer rationalen Drogenpolitik die sinnvolle Fragestellung

¹ Springer, S. 33.

² Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 240, 241.

³ Boettcher, S. 469.

⁴ Bourne: Addiction, S. 172.

nur lauten, ob in Ermangelung von Alternativen der jetzige prohibitive und pönalisierende Bekämpfungsansatz, eventuell in modifizierter Form¹, beizubehalten oder durch eine Hinwendung zum "social bzw. liberal approach" zu ersetzen ist.

Als Grundelement einer solchen alternativen Drogenpolitik bietet sich zunächst eine Entkriminalisierungsstrategie an.

¹ Kreuzer: Suchtgefahren, S. 106, 107.

F. ENTKRIMINALISIERUNG

Eine Entkriminalisierung bedeutet nicht etwa, daß, wie es z.B. § 29 Abs.V BtmG vorsieht, auf der strafprozessualen Ebene nach Eröffnung des Hauptverfahrens von strafrechtlichen Sanktionen abgesehen werden kann, sondern die Zurücknahme des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses mit der Folge, daß der Drogenkonsument nicht mehr als Krimineller definiert und wegen des Konsums harter Drogen nicht mehr den Reaktionen der formellen Sozialkontrolle ausgesetzt wird. Der Erwerb, Besitz und Eigenverbrauch geringer Drogenmengen durch den Konsumenten bleiben demnach straflos, wohingegen das Handeltreiben des nicht süchtigen Anbieters auch weiterhin pönalisiert ist.

Die Notwendigkeit einer solchen Entkriminalisierungsstrategie ergibt sich sicherlich nicht bereits schon aus der allgemeinen Ineffizienz, den Prohibitionsanspruch mit strafrechtlichen Mitteln durchzusetzen, da diese Bekämpfungsimmunität mit hohem Dunkelfeld und hohen Rückfallquoten auch bei anderen Delikten auftritt, ohne daß eine Entkriminalisierung stattfinden könnte. Sie ist vielmehr daran zu messen, ob durch ihre Einführung eine größere Sozialschädlichkeit entstehen würde¹, und ob nicht eine künstliche Definition krankhaften, selbstschädigenden Verhaltens als Straftat mit dem modernen Selbstverständnis des Strafrechts kollidiert².

¹ Schneider in: Lingemann/Elster/Sieverts/Schneider, Bd.3, S. 480; Scheerer in: Lingemann/ Elster/ Sieverts/ Schneider, Ergänzungsband, S. 404.

² Lüderssen, S. 749.

I. ANSTIEG DER SÜCHTIGENZAHLEN

Trotz des Versagens und der Nachteile des auf Spezialprävention ausgerichteten strafrechtlichen Zwangssystems ließe sich eine Entkriminalisierung dann nicht mehr rechtfertigen, wenn sie zu einem sprunghaften Anstieg Heroin konsumierender Jugendlicher führen würde¹.

Bereits die Effektivitätsanalyse der Generalprävention hat aber aufgezeigt, daß die Entscheidung, Heroin auszuprobieren, oder der Weiterkonsum durch Süchtige unabhängig von dem Bestehen strafrechtlicher Normen erfolgt². Bisher konnte jedenfalls die Strafbarkeit des Konsums im Rechtsbewußtsein der potentiell gefährdeten Jugendlichen nicht verankert und rational als die moralisch richtige Wertung internalisiert werden³. Sie wird vielmehr von der normativen Zielgruppe als ungerecht empfunden⁴, weil der Staat Erwachsenen das Recht auf Alkohol- und Medikamentenrausch zugesteht und daran noch indirekt durch Steuern mitverdient, Heroinkonsumenten aber einseitig kriminalisiert. Die Differenzierung des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses nach kulturintegrierten und nicht integrierten Drogen kann nicht nachvollzogen werden und wird als rein willkürlich und diskriminierend angesehen, zumal der Dauerkonsum von Alkohol gesundheitsschädlicher als der von reinem Heroin sein kann. Dem Staat wird von diesen Jugendlichen insgesamt das Recht abgesprochen, Rauscherlebnisse ohne Fremdgefährdung zu kriminalisieren.

¹ Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 189, 190.

² Siehe S. 64-69 der Arbeit.

³ Kreuzer in: Schäfer, S. 271.

⁴ Lüderssen, S. 748.

Ferner gelingt es aufgrund der besonderen Deliktsstruktur der Konsumkriminalität, die sich bei nicht-süchtigen, gleichgesinnten Freunden in der verbor-genen privaten Sphäre abspielt, nicht, den staat-lichen Strafanspruch wirksam durchzusetzen und durch eine realistische Gefahr des Bestraftwerdens eine Abschreckung zu entfalten.

Durch eine Entkriminalisierung wird demnach der Konsum von Heroin kaum akzeptabler werden und wegen des Wegfalles des staatlichen Strafanspruches werden keine Jugendlichen vermehrt zu Heroin greifen. Hier bietet die Angst vor dem Abgleiten in die Sucht mit den negativen Stigmatisierungsprozessen durch die informelle Kontrolle bereits einen ausreichenden Schutz¹, der eine strafrechtliche Generalprävention ohnehin überflüssig werden läßt. Sucht jedoch ein Jugendlicher trotzdem Kontakt zur Szene und läßt er sich selbst von den Gefahren des Heroins nicht ab-schrecken, so hätte er diesen Weg auch bei bestehen-den Strafgesetzen gewählt.

Die Entkriminalisierung wird damit keinen Anstieg der Heroinkonsumenten bewirken. Von ihr geht keine größere Sozialschädlichkeit aus, als sie ohnehin heute schon aufgrund des Drogenkonsums unter einem gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozeß besteht. Gegenüber einer strafrechtlichen Bekämpfung des Drogenkonsumes bietet sie sogar den Vorteil, daß individuellen Kriminalitätskarrieren besser entge-gengewirkt wird und daß Drogensucht, nunmehr ein-deutig und richtigerweise ausschließlich als Krank-heit definiert, effektvoller kontrolliert und adä-quater bekämpft werden kann.

¹ Lüderssen, S. 749.

II. RECHTSGUTSVERLETZUNG UND SOZIALSCHÄDLICHKEIT

Die Kriminalisierung sozialabweichenden Verhaltens ist nach den Grundsätzen der modernen Strafrechtsdogmatik und der Kriminologie ferner dann abzulehnen, wenn Rechtsgüter anderer nicht beeinträchtigt werden, das Verhalten des Täters lediglich gegen sich selbst ohne Sozialschädlichkeit nach außen gerichtet ist¹ oder nach der Lehre vom "crime without victim" bei der Begehung des Deliktes kein Opfer geschädigt wird². Somit bleiben denn der Selbstmord, die eigene gesundheitliche Selbstzerstörung durch Alkohol- und Medikamentenmißbrauch und die Selbstverstümmelung in unserer Gesellschaft straffrei. Zudem darf der Täter der Selbstvernichtung als das eigentliche Opfer nicht aufgrund strafrechtlichen Eingreifens vor sich selbst geschützt werden³. Dieses ist lediglich mit verwaltungsrechtlicher Ermächtigung möglich.

Ob der Drogenkonsum zu dieser Gruppe der zu entkriminalisierenden, lediglich selbstzerstörerischen Handlungsweisen zählt bzw. ein opferloses Delikt darstellt, ist strittig⁴.

¹ Kreuzer in: Schäfer, S. 259, 260; ders. in: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, S. 410; Jenny, S. 131, 133; Gülzow, S. 51, 52.

² Schur, S. 169-179; Geis, S. 550, 564; Grundsätzlich gegen die Lehre vom opferlosen Delikt Schneider: Viktimologie, S. 11.

³ Kreuzer in: Schäfer, S. 259, 260; Jenny, S. 135.

⁴ Bejahend: Schur / Bedau, S. 120-176, verneinend: Kreuzer: Suchtgefahren, S. 103.

1. Gefährdung der Allgemeinheit und der Volksgesundheit

Einige Autoren sehen in dem Drogenkonsum ein über die unmittelbare Selbstschädigung hinausgehendes Verhalten, das durch Erkrankungen, Behandlungsbedürftigkeit und Frühinvalidität mittelbar die Gesellschaft gefährdet und das zu schützende Rechtsgut Volksgesundheit tangiert¹.

Fragwürdig an dieser Auffassung ist jedoch, daß auf der einen Seite nicht dem einzelnen das Recht auf straffreie Selbstzerstörung zugestanden werden kann und es nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes als noch verfassungskonform angesehen wird, daß der einzelne dem Staat nicht seine Gesundheit zu erhalten braucht², auf der anderen Seite aber, wenn dann größere Gruppen das Selbstzerstörungsrecht für sich in Anspruch nehmen, diese über die Konstruierung des Rechtsgutes Volksgesundheit bestraft werden sollen. Hiermit wird eine mittelbare Gefährdungshaftung begründet, obwohl das Verhalten des einzelnen nur unmittelbar auf die eigene Selbstzerstörung gerichtet ist³.

Eine Bestrafung der eigenen Selbstzerstörung unter dem Gesichtspunkt der Verletzung des Rechtsgutes Volksgesundheit ließe sich allenfalls kriminologisch und strafrechtsdogmatisch rechtfertigen, wenn die Summe der nur gegen sich selbst gerichteten Zerstö-

¹ Schmitt, S. 125; Gülzow, S. 53, 56, 62; Ellinger, S. 53-55 mit weiterem Hinweis und kritischer Stellungnahme.

² Bundesverfassungsgericht in: Neue Juristische Wochenschrift 1967, S. 1975.

³ Kreuzer in: Schäfer, S. 261.

rungshandlungen eine solche Sozialschädlichkeit erreichte, daß es zu einer gesellschaftlichen Destruktion kommen würdel. Die Heroinsucht müßte also einen "Volksseuchencharakter" annehmen, ähnlich wie das Qatkaueu im Jemen, und aufgrund der gesundheitlichen Auswirkungen die Funktionsfähigkeit des modernen Industriestaates in Frage stellen. Aus höherwertigem Rechtsgüterschutz wäre deshalb die eigene Selbstzerstörung zu pönalisieren.

Dieser Zustand ist aber in der Bundesrepublik Deutschland heute bei weitem noch nicht erreicht. Die Zahl der Heroinabhängigen hat sich nach einem sprunghaften Anstieg auf 50.000-80.000 Abhängige stabilisiert. Es ergeben sich auch keine Anzeichen dafür, daß in den nächsten Jahren noch größere Gruppen von gefährdeten Jugendlichen zu Drogen greifen würden. Eher könnte der Trend, wie es sich in den USA zeigt², rückläufig sein. Zudem beschränkt sich der Heroinkonsum auf eine soziale Randgruppe, und der überwiegende Teil der Bevölkerung lehnt ihn als nicht akzeptabel ab. War es ferner dem Staat bisher möglich, das Gemeinschafts- und Gesundheitswesen trotz der Belastung durch 1,2 bis 1,6 Millionen³ Alkoholiker und 10.000 Alkoholtote im Gegensatz zu durchschnittlich 800 Drogentoten⁴ jährlich aufrechtzuerhalten, erscheint kein sachlicher Grund ersichtlich, warum die Schädigung durch Alkohol- und Medikamentenmißbrauch hingenommen werden kann, die Drogenabhängigkeit Jugendlicher aber eine solch gefährliche Intensität erreicht haben soll, daß nur noch mit dem Mittel der Kriminalisierung einer Bedrohung

¹ Gülzow, S. 56, 62.

² Eisenbach-Stangl, S. 399.

³ Huncke, S. 10.

⁴ Scheerer in: Mader/Strotzka, S. 328.

der Volksgesundheit Einhalt geboten werden kann.

Beschränkt sich gesundheitlich nicht konformes Verhalten auf eine kleine Randgruppe, wird der Staat es tolerieren müssen, daß er diese nicht mit strafrechtlichen Reaktionen zu einer gesundheitlich vernünftigen Lebensweise zwingen kann. Hier darf er nur mit sozialpädagogischen Mitteln und medizinischen Therapieangeboten reagieren und nicht durch Kriminalisierung die gesundheitliche Situation Abhängiger verschlechtern. In freiheitlichen Demokratien darf mit dem Strafrecht keine Gesundheitspolitik betrieben werden.

2. Sozialepidemische Schädlichkeit

Läßt sich die Strafbarkeit des Drogenkonsums nicht mit der sich nur auf den Süchtigen beziehenden Gesundheitsgefährdung begründen, so versucht eine andere Auffassung mit der ansteckenden Außenwirkung des Süchtigen auf andere noch Nichtsüchtige die Kriminalisierung zu rechtfertigen. Der Süchtige soll danach den Drogenkonsum als einen Infektionsherd in sich haben und durch Übertragendes und verleitendes Verhalten die Drogensucht wie eine Epidemie immer weiter ausbreiten. Letztendlich leite jeder Drogenkonsument seinen Konsum von anderen ab und ohne die infektiösen Subkulturen würde es das Drogenproblem in diesem Ausmaße nicht geben¹.

¹ Kreuzer: Suchtgefahren, S. 103; ders.: Die Zeit, S. 16; ders.: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, S. 411; ders.: Drogen und Delinquenz, S. 136, 137, 297, 298, 388, 389; ders.: Deutsche Kriminologische Gesellschaft e.V., S. 48; Kreuzer/Maassen, S. 47, 48; Remschmidt, S. 358; Thomas, S. 52.

Dieser sozialepidemische Erklärungsversuch ist jedoch verfehlt.

Mit ihm wird aus der Medizin ein statisches Seuchenmodell entlehnt, das zwar hilfreich sein kann, die Ausbreitung von Infektionskrankheiten zu erklären, der jugendliche Rauschgiftkonsument jedoch überträgt nicht durch seinen eigenen Lebensstil die Sucht wie einen Bazillus auf andere ahnungslose und anfällige Opfer. Durch dieses Modell soll die Schuld an der Sucht anderer dem Süchtigen selbst einseitig zugewiesen werden, wobei folgerichtig die Bekämpfung der Sucht durch ein Wegschließen der mit den ansteckenden Keimen behafteten Personen in Quarantänestationen zu erfolgen hat¹.

Drogenkonsum entsteht aber durch Lernprozesse in Peergroups. Dort erfährt der Jugendliche das Drogenritual und erlernt zunächst die angenehme Wirkungsweise weicher Drogen². Der Übergang vom weichen zum harten Drogenkonsum wird dann aber nicht durch die Übertragung eines Krankheitskeimes bedingt, sondern ist ausschließlich die Folge eines von dem weichen Drogenkonsumenten ausgehenden Aktionsprozesses.

Die Mitglieder der weichen Drogenszene sind in ihrer Mehrzahl gegenüber Fixern negativ eingestellt. Sie halten diese für "kaputte Typen" und werden durch die Sucht und deren gesundheitliche Folgen abgeschreckt³. Die harte Drogenszene wiederum stellt eine isolierte Subkultur dar, die sich gegenüber

¹ Remschmidt, S. 358; Thomas, S. 52; Kreuzer: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, S. 418.

² Becker, S. 36-70; Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 222.

³ Berger/Reuband/Widlitzek, S. 79, 80.

Nichtsüchtigen verschließt und abkapselt¹ und keine Verbindung zu der weichen Szene sucht. Kontakte zu ihr werden in der Regel durch Konsumenten weicher Drogen hergestellt, die Fixer zu ihrem Bekanntenkreis zählen oder von diesen weiche Drogen kaufen. Diese sehr risiko- und experimentierfreudigen Jugendlichen neutralisieren dann allmählich die Gefährlichkeit des Heroinkonsums, glauben an die eigene Beherrschbarkeit der Droge und halten den Heroinrausch für so attraktiv, daß sie ihn erleben möchten². Das Vorpreschen einzelner weicher Drogenkonsumenten wird dann von den anderen Gruppenmitgliedern nicht mehr nachvollzogen, so daß die Gruppe zerfällt³.

Diese Entscheidung einzelner, Heroin ausprobieren zu müssen, beruht auf einer freiwilligen Entscheidung⁴. In dieser Situation werden sie nicht als Opfer verführt, sondern sie tragen aktiv, um ihre Drogenerfahrungen zu erweitern, ihre Wünsche an den Fixer heran⁵. Nicht selten rät dieser ihnen sogar vom Erstkonsum ab und warnt sie vor den Gefahren⁶. Der Fixer selbst verhält sich somit eher passiv, gleichgültig bis ablehnend gegenüber dem Erstkonsumenten.

Auch der Prozess des Süchtigwerdens kann - entsprechend dem Epidemiemodell - keine Frage der Intensität des Ansteckungsherdes sein, sondern basiert bis

¹ Kreuzer/ Gebhardt/ Maassen/ Stein-Hilbers, S. 136; Berger/ Reuband/ Widlitzek, S. 79.

² Berger/Reuband/Widlitzek, S. 83.

³ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 135.

⁴ Berger/Reuband/Widlitzek, S. 93.

⁵ Ders., S. 93.

⁶ Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 154; Berger/Reuband/Widlitzek, S. 83, 94; Bourne: Addiction, S. 159.

zum Einsetzen der Sucht auf einer freien Willensentscheidung des einzelnen, was der kontrollierte Gebrauch¹, das Entstehen der Sucht erst nach einem Zeitraum von fünf bis sieben Monaten² und der Abbruch des Konsums von fast 70% der Probierer nach der ersten bis fünften Injektion beweist³.

Das Epidemiemodell knüpft somit fälschlicherweise an den Mythos an, daß kein vernünftiger Jugendlicher den krankmachenden Konsum von sich aus gesucht haben kann, sondern dieser durch Verführung, Verleitung, Täuschung, Anschließen, Überredung oder Zwang von außen auf diesen übertragen wird. Letztendlich geht aber von dem Konsum Süchtiger keine aktive Fremdwirkung aus, sondern der Erstkonsument sucht eigenverantwortlich in Kenntnis der möglichen Folgen, freiwillig die eigene Gefährdung, selbst beim Abraten Süchtiger. In der Mehrzahl der Fälle bleibt damit die Sozialschädlichkeit Süchtiger auf die eigene straflose Selbstzerstörung beschränkt.

Die sozialepidemische Strafbarkeitsbegründung stellt in Umkehrung der Verantwortlichkeit für den Erstkonsum nichts anderes als eine dogmatische Auffang- und Hilfslösung dar, mit der sich jedes andere Rechtsgüter nicht verletzende, erlernte Verhalten pönalisieren läßt. Mit dieser Konstruktion könnte wieder die Homosexualität, Prostitution oder andere Modeerscheinungen in Jugendkreisen kriminalisiert werden, da jeder die Verhaltensweise bereits Übernehmende den potentiellen Verführungsherd in sich trägt und es ihm ferner anzulasten ist, wenn diese Verhaltensweise nachgeahmt wird.

¹ Hunt/Zinberg.

² Platt/Labate: Heroinsucht, S. 134.

³ Huncke, S. 14.

Der Drogenkonsum wird zu einem abstrakten Gefährdungsdelikt umformuliert und die Strafbarkeitsgrenze bereits auf einen potentiellen Nachahmungseffekt ausgedehnt. Es wird ein Anstiftungsdelikt geschaffen, das nicht mehr erfordert, daß der Tatentschluß konkret durch den Anstifter hervorgerufen werden muß, sondern die Neugier erzeugende Ausstrahlung, selbst wenn der Süchtige vom Konsum abrät, unter Strafe stellen will. Der Konsument soll also allein aufgrund seines "Da- und So-seins" bestraft werden.

Der Drogenkonsum ist somit eine auf sich selbst bezogene Handlungsweise, die Rechtsgüter anderer nicht beeinträchtigt. Die Notwendigkeit der Entkriminalisierung ergibt sich demzufolge aus dem Selbstverständnis der modernen Strafrechtswissenschaft und der Kriminologie. Ferner ließe sie sich auch dann rechtfertigen, wenn es sich bei den Süchtigen um Kranke handeln würde.

III. STRAFRECHTLICHER ZWANG GEGEN KRANKE

Nach der u.a. von **Kreuzer** vertretenen Auffassung¹ stellt der Süchtige einen Mischtyp dar, der sowohl Kranker als auch Krimineller ist und damit abgestufte differenzierte Reaktionen erfordert.

Kreuzer ist insofern zuzustimmen, als der Süchtige unter den herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen einem doppelten Definitionsprozess unterliegt. Er ist aufgrund der Kriminalisierung des Konsums und der Beschaffungsdelinquenz Krimineller und nach dem herrschenden medizinischen und psychiatrischen Sucht-

¹ Kreuzer: Drogen und Delinquenz S. 163; ders.: Die Zeit, S. 16; Kreuzer/Maassen, S. 43, 44.

verständnis ein Kranker. Ausgehend von dieser Klassifizierung unterstellt Kreuzer dem Süchtigen jedoch krankhafte und kriminelle Züge und beurteilt aus seiner, sich an der Person des Täters orientierenden, Sichtweise die Rechtfertigung verschiedener Reaktionsformen. Dabei übersieht er aber, daß sich Krankheit oder Kriminalität nicht so sehr aus der Persönlichkeit ergeben, sondern auch Folge gesellschaftlicher Etikettierungsprozesse sind. Will man also die Berechtigung der Kriminalisierung des Rauschgiftkonsums beurteilen, ist allein darauf abzustellen, ob der Drogensucht von der hierfür zuständigen Definitionsmacht Krankheitswert zugemessen wird und welche Rechtfertigung es geben könnte, die Krankheit zu kriminalisieren. Es reicht nicht aus, die Kriminalisierung des Drogenkonsums mit kriminellen Eigenschaften des Täters zu rechtfertigen.

Es besteht heute in der medizinischen und psychiatrischen Wissenschaft Einigkeit, daß es sich bei der Drogensucht um eine Krankheit handelt¹.

Auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, das wegen versicherungs- und kostenrechtlicher Fragen den Krankheitswert der Opiatsucht bestimmen mußte, ist dieser Ansicht gefolgt. Danach ist die Drogen- der Alkoholabhängigkeit gleichzustellen, da für den Krankheitsbegriff der Suchtstoff keine entscheidene Rolle spielen darf. Es bedarf auch keines Nachweises, daß organische Schädigungen auftreten

¹ Hacker, S. 189; Springer, S. 9, 10; Täschner, S. 412. Allenfalls die Vertreter des antipsychiatrischen Ansatzes, wie z.B. Szasz: Das Ritual der Drogen stellen dies in Abrede. Für sie ist die Opiatsucht ein Laster, das aufgrund verfehlter psychiatrischer Definition mit Krankheitswert belegt wird. Diese Auffassung tritt aber erst recht dafür ein, den Drogenkonsum zu entkriminalisieren (Hacker, S. 204-206).

müssen, um die Sucht als Krankheit zu definieren. Es genügt allein die Feststellung einer körperlichen und/oder psychischen Abhängigkeit, wobei die Frage der Selbstverschuldung unbeachtlich bleibt. Die Behandlung von Suchtkranken fällt demnach unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen¹.

Ist der Drogenabhängige somit selbst nach höchst-richterlicher Rechtsprechung ein Kranker, dessen Behandlung die Allgemeinheit kostenpflichtig zu übernehmen hat, so ist er im Strafvollzug fehl am Platze. Von dieser Erkenntnis ging auch die letzte Änderung des Betäubungsmittelrechts aus, die die eigentliche Reaktionsform der Kriminalisierung, die Strafe, in Therapie umwandeln wollte. Erkennt man aber schon beim Gesetzgeber, daß die Reaktion der Strafe unangebracht erscheint, so ist nicht nachvollziehbar, warum noch der gesellschaftliche Kriminalisierungsprozess bestehen bleiben muß. Will man keine Bestrafung mehr, darf man den Süchtigen nicht als Kriminellen definieren, sondern sollte ihn ohne Strafrecht, wie den Alkoholsüchtigen auch, aufgrund nicht pönalisierender, verwaltungsrechtlicher Gesetze einer adäquaten Behandlung zuführen. Das bestehende strafrechtliche Zwangssystem gegen Süchtige, die wegen ihres krankhaften süchtigen Verhaltens kriminalisiert werden, ist somit unaufrichtig und inkonsequent. Es eröffnet nicht die Chance, daß anstelle der Strafe eine Therapie stattfindet, sondern bietet je nach Willigkeit des Süchtigen die Möglichkeit der Strafe und der Zwangstherapie.

Die Rechtfertigung der Kriminalisierung des Drogenkonsums ergibt sich nach Auffassung einiger Drogen-therapeuten indes daraus, daß sie bei ihrer Arbeit das Strafrecht als Instrument des helfenden Zwangs,

¹ Ehrhardt, S. 14, 15 mit weiterem Hinweis.

das den Leidensdruck erhöht, einsetzen wollen. Die Strafandrohung soll, als Damoklesschwert über dem Süchtigen hängend, bei dieser Therapiebereitschaft wecken und ihn zu der Einsicht bringen, sich "freiwillig", um einer Bestrafung auszuweichen, in Therapie zu begeben¹.

Grundsätzlich ist es richtig, daß es eine absolute Freiwilligkeit nicht geben kann und sich hinter der Motivation, eine Therapie zu beginnen, immer irgendwelche Zwänge verbergen. Diese resultieren in der Erkenntnis des Drogenabhängigen, daß er unter den gegebenen Umständen mit seiner Sucht nicht mehr leben kann oder will. Das Strafrecht und die formelle Reaktion sind aber wegen der durch sie bedingten Stigmatisierungsprozesse das ungeeignetste Mittel, um Therapiemotivation zu initiieren oder zusätzlich zu stimulieren. Auch schon ohne die strafrechtliche Drohung ist der Drogensüchtige einem unvorstellbaren sozialen Druck ausgesetzt, der ihm ein menschenwürdiges Dasein nicht mehr ermöglicht. Allein schon deshalb besitzen viele Süchtige den Wunsch, dieser Verelendung zu entrinnen und den Drogenkreislauf mit einer Therapie zu durchbrechen, was z.B. die Selbstentzüge, Selbstmorde aus Verzweiflung und die Kontaktaufnahme mit Drogenberatungsstellen zeigen. Diese bei fast jedem Drogensüchtigen latent vorhandene Bereitschaft, drogenfrei zu werden und zu bleiben, kann, wenn auf sie sofort mit zusätzlich motivierender Sozialarbeit und repressionslosen für den Süchtigen akzeptablen Therapien reagiert wird, im gleichen Umfang und weniger schädlich als drohende Strafverfahren zur Behandlung ausgenutzt werden.

¹ Huncke, S. 58, 116-131; Eberle, S. 377.

Andere mit dem Drogenproblem befaßte Fachleute glauben, auf das Strafrecht deshalb nicht verzichten zu können, weil sie der Mehrzahl der Drogensüchtigen fehlende Krankheitseinsicht, mangelnde Therapiebereitschaft und fehlenden Durchhaltewillen unterstellen und erst das Strafrecht es ermögliche, sie zu einer Therapie zu zwingen, zu der sie freiwillig nicht hätten motiviert werden können. Das Strafrecht soll somit als repressives Erfassungssystem für uneinsichtige, willenslose, therapieresistente Drogensüchtige eingesetzt werden¹.

Die Forderung, überhaupt ein Zwangssystem, selbst wenn die Reaktionsform der Strafe abgelehnt wird, zur Therapierung besitzen zu müssen, spiegelt die Hilflosigkeit der Therapeuten wieder, mit dem Drogensüchtigen Kontakt aufnehmen zu können. Dem Süchtigen wird dabei für sein Unbehandeltsein einseitig die Schuld aufgeladen, wobei sein im Sinne der Therapeuten unvernünftiges Verhalten als Ausdruck seiner Krankheit gewertet wird, so daß allein der Therapeut für ihn die richtige Entscheidung treffen kann.

Eine generelle Therapieresistenz kann dem Süchtigen jedoch nicht unterstellt werden. Dieser vertritt zwar in verschiedenen Phasen seiner Drogenkarriere eine Sweet-short-life-Philosophie, in anderen Phasen jedoch ist er durchaus zu einem drogenfreien Leben bereit. Man kann nicht davon ausgehen, daß es dem Süchtigen Spaß bereitet, sich zu prostituieren, zu stehlen und den ganzen Tag Drogen nachzujagen, und daß ihm die krankheitsbedingte Einsicht fehlt, diesen Zustand verändern zu wollen. Seine Therapieresistenz ist vielmehr Ausdruck der repressiven

¹ Kreuzer: Die Zeit, S. 16; Kleiner, S. 135-137; Ehrhardt, S. 19; Wanke: Der Spiegel, S. 44; Konrad Adenauer Stiftung, S. 172, 173; Brunner, S. 89.

Therapierealität, die von dem Süchtigen verlangt, sich ohne Rechte wie ein Geisteskranker in Landeskrankenhäusern wegschließen zu lassen, um mit einer 1-2% Heilungsaussicht therapiert zu werden. Das Wissen um den Sinn und den Erfolg solcher Therapien, die fast alle Drogenabhängigen im Laufe ihrer Karriere schon einmal durchgemacht haben, läßt sie für das Anliegen der repressiven Drogentherapeuten, ihnen mit Zwang helfen zu wollen, unzugänglich werden. Der Süchtige ist dabei kein uneinsichtiger Kranker, sondern ein kritischer und mündiger Patient, der freiheitsberaubende, erfolglose Therapien mit Strafcharakter zu Recht ablehnt. Dieses ist kein überzogenes Anspruchsdenken, sondern der Ausdruck eines Kranken, der um Hilfe ringt. Ändert sich die Behandlungswirklichkeit hin zu freiwilligen, annehmbaren, erfolgreicheren Therapien, so steigt auch die Behandlungsbereitschaft. Werden sinnvolle Therapien angeboten, lassen sich genausoviel Süchtige erfassen wie heute in den 1.500-2.000 vorhandenen Therapieplätzen zwangsweise eingeliefert werden.

Das Strafrecht als Zwangsmittel gegen eindeutig Kranke einzusetzen, um sie überhaupt behandeln zu können, verstößt zudem gegen das moderne Selbstverständnis des Strafrechtes. Dieses knüpft in erster Linie an die sittliche Freiheit des einzelnen an und geht von der Schuldfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Täters aus. Mit der Strafrechtsnorm richtet es sich primär an willensgetragenes, frei-entscheidendes Verhalten. Kollidiert dennoch ein Kranker mit einer strafrechtlichen Norm, z.B. ein Schizophrener begeht aufgrund seiner Krankheit ein Gewaltverbrechen, so wird er zwar von der formellen Sozialkontrolle erfaßt, dann aber aus dem weiteren Kriminalisierungsprozess ausgegliedert. Bei der Drogensucht wird dagegen eine Krankheit kriminalisiert, um den Süchtigen mit den Sanktionsformen des

Strafrechts therapieren zu können. Das Strafrecht wird damit als primäres Erfassungssystem gegen Kranke eingesetzt, die mit den vorhandenen verwaltungsrechtlichen Sanktionen nicht erreichbar sind.

Diese Erfassung Suchtkranker durch das Strafrecht ist zudem verfassungsrechtlich bedenklich. Nach der Verfassung und der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts¹ hat jeder das Recht, seine Grundrechte auch negativ auszuleben. Er kann sich selbst zerstören und ist nicht verpflichtet, seine Gesundheit dem Staat zu erhalten. Ein staatlicher, die Bewegungsfreiheit beschneidender Eingriff aus rein gesundheitlich-fürsorgerischen Maßnahmen, um jemanden zu der besseren gesundheitlichen Einsicht zu bringen, ist nicht gerechtfertigt, sondern erst dann möglich, wenn z.B. durch ansteckende Krankheiten die Rechte Dritter beeinträchtigt werden oder dem Kranken aufgrund krankheitsbedingter Steuerungsunfähigkeit die Behandlungseinsicht fehlt. Das verfassungsmäßige Recht auf Selbstzerstörung der Gesundheit ohne Fremdgefährdung hat dann seinen konkreten Ausfluß in den Landesunterbringungsgesetzen gefunden, nach denen Zwangsmaßnahmen nicht schon bei dem Vorliegen einer Suchtkrankheit ergriffen werden dürfen, sondern erst, wenn der Kranke sich in den Zuständen akuter Lebensgefahr befindet oder infolge von Hilflosigkeit der völligen Verwahrlosung anheimfällt². Da diese Tatbestandsvoraussetzungen bei Drogensüchtigen nur selten vorliegen und er aufgrund verwaltungsrechtlicher Sanktion nur schwer erfaßbar ist³, soll das Strafrecht die Grundlage für die Zwangsbe-

¹ BVerfG in: Neue Juristische Wochenschrift 1967, S. 1975.

² Beschluß des OLG Düsseldorf vom 25. 6.1975 - 3 W 129/75, in: Suchtgefahren 1976, S. 102.

³ Siehe S. 49, 50 der Arbeit.

handlung liefern. Damit wird die Grenze, wo eine Zwangsbehandlung nach Verfassungsgrundsätzen beginnen darf, vorverlegt und ungerechtfertigt in die Freiheitsrechte des einzelnen eingegriffen. Der einzelne verliert sein Recht auf negative Ausübung der Grundrechte und muß sich zwangsbehandeln lassen. Was nach der Verfassung erlaubt ist, soll auf dem Umweg über das Strafrecht verboten werden.

Eine Entkriminalisierung ist somit auch aus rechtsdogmatischen und verfassungsmäßigen Überlegungen geboten.

IV. AUSGESTALTUNG

Durch die Entkriminalisierung des Drogenkonsums kommt es zwangsläufig zu einer Funktionsumverteilung innerhalb der Instanzen der Sozialkontrolle. Die formelle Reaktion von Polizei und Justiz wird nunmehr schwerpunktmäßig repressiv gegen den Drogenhandel tätig. Eine strafrechtliche Erfassung Süchtiger kann allenfalls wegen der Beschaffungsdelinquenz erfolgen, da diese Delikte auch weiterhin einem gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozess unterliegen müssen. Allerdings sollten bei dem Vorliegen dieser Delinquenz verstärkt Möglichkeiten geschaffen werden, den Süchtigen rechtzeitig aus dem Stigmatisierungsprozess herauszunehmen und ihn unter Absehen von Bestrafung, selbst bei einigen Rückfällen, an sozialintegrierenden Therapieprogrammen in Freiheit teilnehmen lassen.

Die Überwachung des Drogenkonsums wird von neu zu schaffenden Drogenzentren als informelle soziale Kontrollinstanz übernommen. Diese von Sozialarbei-

tern geführten Institutionen reagieren nicht nur auf den Konsum, sondern agieren, etwa durch Streetwork oder durch den Aufbau von Begegnungszentren, in die Szene hinein¹. Dabei können sie sich ein umfassendes Bild über den Bestand und die Entwicklung der örtlichen Drogenszene verschaffen und versuchen, durch rechtzeitiges Einschreiten Suchtkarrieren gefährdeter Jugendlicher zu verhindern. Koordinierend und in kooperativer Zusammenarbeit stellen sie Verbindungen zu den therapeutischen Einrichtungen her und vermitteln schnell und unbürokratisch repressionsfreie Therapieplätze. Sie reagieren somit auf bereits vorhandene Therapiebereitschaft oder wecken diese durch Motivationsarbeit. Durch Beratung und Beziehungen zu den mit der öffentlichen Daseinsfürsorge befaßten staatlichen Institutionen und karitativen Einrichtungen und Medizинern, Rechtsanwälten, Bewährungshelfern und der Justiz kümmern sie sich umfassend auch um die sozialen Probleme der Süchtigen und stellen Kontakte zwischen den Süchtigen und diesen Gruppen her.

Mit dem Wegfall des strafrechtlichen Zwangssystems eröffnet sich die Möglichkeit, den Süchtigen durch ein umfassendes soziales Behandlungssystem in Freiheit zu integrieren, anstatt ihn zu isolieren, weiter zu stigmatisieren und an den Rand der Gesellschaft zu drängen. Dabei sind allerdings die bisher an Süchtige herangetragenen Erwartungshaltungen und Absolutheitsansprüche aufzugeben, die davon ausgehen, daß ihm nur dann zu helfen ist, wenn er sich therapiebereit zeigt, und ihn ansonsten in seiner Sucht alleinzulassen. Die Entkriminalisierung beabsichtigt, selbst wenn der Süchtige seinen Konsum nicht aufgeben will oder kann, wenigstens seine soziale Lage durch Bereitstellung von Kleidung,

¹ Stein-Hilbers, S. 24, 25; Nittmann, S. 307-314.

Essen und Wohnraum zu verbessern und durch die Schaffung legaler Konsumbedingungen, wie dem Verteilen von Einwegspritzen, medizinischer Versorgung und Aufklärung, die mit dem Konsum unnötigerweise verbundenen Risiken auf ein Minimum zu senken. Die Aufgabe eines moralischen Absolutheitsanspruches gesteht somit dem Süchtigen, aufgrund realistischer Einschätzung, das Recht zu, anders zu sein, ohne diese alternative Lebensweise bewußt fördern zu wollen. Durch eine informelle repressionsfreie Hilfestellung wird dem Süchtigen die Möglichkeit eröffnet, dem Drogenghetto zu entinnen.

Die Entkriminalisierung kann indessen freilich als alleinige Maßnahme nur einen ersten Schritt hin zu einer rationalen Drogenpolitik darstellen. Mit ihr werden nur die sozialen Lebensbedingungen verbessert und der individuelle Kriminalisierungsprozess abgemildert. Gleichwohl bleibt der tägliche Beschaffungsdruck erhalten und der Süchtige ist auch weiterhin als Endabnehmer dem organisierten Verbrechen ausgeliefert, das ihn mit gesundheitsgefährdendem teurem Schwarzmarktheroin versorgt. Eine wirksame Bekämpfung dieser Beschaffungs- und Handelskriminalität erfolgt deshalb nicht bereits mit der staatlichen Aufgabe strafrechtlicher Sanktionen zur Durchsetzung der Drogenfreiheit, sondern könnte sich allenfalls aus einer die Prohibition aufhebenden Legalisierungsstrategie ergeben.

G. LEGALISIERUNGSKONZEPTE

I. BEGRIFF UND FORMEN DER LEGALISIERUNG

Fordert man von dem Gesetzgeber und der Verwaltung die Einführung einer auf Legalisierung ausgerichteten Drogenpolitik als alternatives Bekämpfungskonzept, so ist ungeklärt, was inhaltlich damit gemeint ist, da verschiedene Autoren den Begriff der Legalisierung unterschiedlich gebrauchen und verschiedene Modelle der Legalisierung, ohne genügend zu differenzieren, mit diesem Ausdruck belegen. Insofern ist es zunächst, bevor die einzelnen Modelle der Legalisierung darzustellen und zu erläutern sind, erforderlich, anhand einer Auseinandersetzung mit den vorhandenen Begriffsbestimmungen den Begriff der Legalisierung zu definieren und die denkbaren inhaltlichen Ausrichtungen hervorzuheben und begrifflich zu belegen.

Bisher sind in der Literatur vier verschiedene Begriffsinhalte vertreten worden:

Beil/Trojan verstehen unter einer Legalisierung eine "kontinuierliche Verschreibung über einen längeren Zeitraum, ohne bei jedem Rezept erneut zu prüfen, ob die Opiatabgabe begründet ist"¹.

Ähnlich sieht auch Kreuzer in der Legalisierung eine ärztliche Dauerverschreibung von Betäubungsmitteln an Drogensüchtige, wobei diese Verschreibungen mehr oder weniger mit einer medizinischen Therapie gerechtfertigt werden².

¹ Beil/Trojan, S. 3618.

² Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 270.

Für Schlender/Kaplan bedeutet eine Legalisierung ausschließlich die allgemeine Freiverkäuflichkeit von Opiaten, vergleichbar mit dem Angebot der kulturintegrierten Drogen. Restriktive Gesetze, wie das Betäubungsmittelgesetz, welche eine Erhältlichkeit für jedermann verbieten und den Konsum unter Strafe stellen, hätten ihrer Meinung nach keine Gültigkeit mehr. Allenfalls dürften die Betäubungsmittelgesetze gewisse Rahmenbedingungen für das Verteilersystem, die Herstellung und den Konsumentenkreis erstellen¹. Als Alternative zu einer solchen Form der Legalisierung sehen sie eine Entkriminalisierungsstrategie an, die sie dahingehend definieren, daß durch staatlich lizenzierte Ärzte Heroin nur an Süchtige abgegeben wird und jeder Erwerb von Opiaten außerhalb dieses Verteilungssystems illegal bleibt².

Nach Bayer sind drei Modelle der Legalisierung denkbar: erstens die Verschreibung von Opiaten als Erhaltungsdosis durch Ärzte oder deren Abgabe unter Aufsicht in besonders kontrollierenden Stellen, zweitens die Verschreibung an solche, die zwar nicht süchtig sind, jedoch den Konsum wünschen und drittens das sogenannte "liquor-store-heroin-model", der freie Verkauf der Opiate in speziellen Läden an jeden Erwachsenen³.

Sämtliche Definitionsversuche sind allerdings nur bedingt geeignet, um die Legalisierung in ihrer Gesamtheit und differenziert nach den verschiedenen Ausprägungsformen zu erfassen. So sind die Definitionen von Beil/Trojan und Kreuzer zu einschränkend, da sie für die Legalisierung nur den Aspekt der ärztlichen Verschreibung und die Abgabe von Opiaten

¹ Schlender/Kaplan, S. 43.

² Schlender/Kaplan, S. 42.

³ Bayer: Law and Society, S. 302.

ausschließlich an Süchtige hervorheben. Ebenfalls zu eng interpretieren Schlender und Kaplan den Legalisierungsbegriff, wenn sie hierunter nur eine generelle Freigabe von Opiaten für jeden erwachsenen Bürger verstehen. Eine schon sinnvollere Einteilung der Legalisierung nimmt Bayer vor. Jedoch ist er bei den Differenzierungsmerkmalen zu einseitig auf die Abgabemodalitäten fixiert und insgesamt nicht ausführlich und präzise genug, um alle möglichen Formen der Legalisierung zu erfassen.

Sinnvoller umschreiben läßt sich eine Legalisierungsstrategie zunächst generell als eine auf Dauer ausgerichtete, staatlich erlaubte Abgabe von Opiaten, die nicht nur im Rahmen der bisherigen medizinischen Indiziertheit, z.B. ausschließlich als Schmerzmittel, erfolgen kann. Sie bildet einen Gegensatz zu einer prohibitiven Drogenpolitik und geht einen Schritt weiter als eine Entkriminalisierung, indem sie nicht nur den Konsum von Opiaten nicht mehr unter Strafe stellt, sondern diesen Konsum durch Erhältlichkeit auch ermöglicht und eine gänzliche Drogenfreiheit nicht als absolute Zielsetzung unter allen Umständen anstrebt. Bei ihrer Anwendung und Durchsetzung sind zwei Grundmodelle denkbar: ein totales und ein beschränktes.

Bei einer **totalen Legalisierung**, die dem "liberal approach" gleichzusetzen ist, sind die Opiate für jeden auch nicht süchtigen Erwachsenen erhältlich und konsumierbar. Einschränkungen und Unterscheidungen werden allenfalls bei dem Verteilersystem vorgenommen, so könnte z.B. der Erwerb von einer Verschreibungspflicht durch niedergelassene Ärzte abhängig gemacht werden, der Bezug nur durch bestimmte Apotheken oder lizenzierte Abgabestellen, wie der Verkauf von Alkohol in Skandinavien (liquor-store-model), möglich sein.

Dagegen beinhaltet eine beschränkte Legalisierung (social approach) eine erlaubte Abgabe von Opiaten nur an Süchtige, sei es nun durch den Hausarzt, Ärzte in speziellen Drogenzentren oder andere hierzu beauftragte Abgabestellen. Eine solche beschränkte Legalisierung kann hinsichtlich Zielsetzung und Ausführung darüber hinaus unterschiedlich konzipiert sein:

- a) als reine Abgabe, lediglich kombiniert mit einer medizinischen Betreuung, oder
- b) als Abgabe im Rahmen eines nicht nur medizinisch ausgerichteten Programms, bei dem den Süchtigen psychosoziale Dienste angeboten werden, wobei je nach repressiver oder liberaler Ausrichtung der Programme die Teilnahme daran obligatorisch ist, die Einnahme des Opiats unter Aufsicht erfolgt und der Süchtige sich gewissen Kontrollen unterwerfen muß.

II. DIE TOTALE LEGALISIERUNG

Betrachtet man historisch rückblickend den Umgang westeuropäischer und nordamerikanischer Bürger mit Opiatprodukten, so ist eine politische Drogenkonzeption, die von einer totalen Legalisierung ausgeht, durchaus nichts so Außergewöhnliches, wie man es vielleicht aufgrund des in der Bundesrepublik Deutschland vehement propagierten und rigoros verteidigten prohibitivem Ansatzes und des Klischees vom Heroin als Todesdroge vermuten könnte.

Noch im 19. und Anfang des 20. Jahrhundert waren die Einfuhr, Herstellung und der Verkauf von Opiaten,

die allenfalls einer Apothekenpflicht unterlagen¹, kaum Einschränkungen unterworfen. In den USA war es zu jener Zeit sogar für jeden mündigen Bürger erlaubt, sich Opiate zum Konsum auf dem Postwege zuschicken zu lassen². Eine entscheidende Änderung in dieser totalen Legalisierungspolitik trat erst 1912 ein, als auf der zweiten internationalen Opiumkonferenz in Den Haag die Haager Convention beschlossen wurde und sich eine große Anzahl von Staaten verpflichtete, durch nationale gesetzliche Bestimmungen die Einfuhr von Opiaten zum Selbstkonsum zu verbieten, deren medizinische Zubereitung und Anwendung zu kontrollieren und gegen ihren illegalen Verkauf und Erwerb vorzugehen³.

Damit war international der Grundstein gelegt für eine Einbindung des Drogenumganges in normative Regelungen und es begann einige Jahre später in den USA, Deutschland und Großbritannien die bis heute andauernde prohibitive gegen eine totale Legalisierung gerichtete Drogenpolitik.

Eine Revidierung der Haager Convention und der sie ausführenden nationalen Drogengesetze und damit der freie Verkauf von Opiaten an jeden erwachsenen und mündigen Bürger - sei es nun in einem liquor store oder in Apotheken aufgrund eines ärztlichen Attestes - wird ernsthaft nur in den USA⁴ von den Vertretern

¹ Die Apothekenpflichtigkeit für Opiate wurde z.B. in Großbritannien erst 1869 eingeführt (SWOAD, S. 9, 10).

² Brecher, S. 3.

³ SWOAD, S. 8; Scheerer in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 481.

⁴ In der Bundesrepublik Deutschland ist die totale Legalisierung als alternative Drogenbekämpfungsstrategie bisher nicht ernstlich in Erwägung gezogen worden (Schlender/Kaplan, S. 43).

eines extremen Liberalismus, wie der American Civil Liberties Union¹, oder Verfechtern des antipsychiatrischen Ansatzes² oder teilweise von Anhängern der Labelingtheorie³ u.a. mit der staatsphilosophischen Begründung gefordert, daß es nicht genüge, lediglich selbstgefährdendes Verhalten zu entkriminalisieren, sondern daß der Staat kein Recht besäße, den einzelnen Bürger zu bevormunden, und dieser in seiner Entscheidung frei sein müsse, welche Genußstoffe er konsumieren und welche Art von Rausch und Lustgewinn er sich verschaffen wolle. Aufgrund der Freiheitsrechte des einzelnen sei daher der Staat in seiner Gesetzgebungskompetenz beschnitten und er müsse sich aller Maßnahmen enthalten, die einer Verfügbarkeit der Opiate entgegenwirken, genauso wie er auch den Verkauf und Konsum von Tabak und Alkohol dulde.

Grundsätzlich müssen aber diese Auffassungen auch eingestehen, daß ein demokratischer Rechtsstaat, um ein geordnetes Gemeinwesen zu ermöglichen und einer Anarchie entgegenzuwirken, normative Richtlinien für menschliches Verhalten definieren und einen Teil der sozialen Kontrolle zur Einhaltung derselben übernehmen muß. Bei diesen Rechtsetzungs- und Reaktionsakten muß der Staat sich primär davon leiten lassen, Gefahren für andere und das Gemeinwesen abzuwenden. Dies ist z.B. der Fall, wenn er den Umgang mit Waffen oder radioaktiven Stoffen von bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen abhängig macht oder auf bestimmte Gruppen beschränkt.

Problematisch und angreifbar wird diese Rechtssetzungskompetenz dann, wenn aufgrund staatlicher Mo-

¹ Bayer: Law and Society, S. 307.

² Szasz: Das Ritual der Drogen.

³ Teilweise in Ansätzen Lindesmith: Addiction and Opiates; ders.: The Addict and the Law; Baridon.

ralvorstellungen dem einzelnen ein eigenverantwortliches Handeln abgesprochen wird und durch Bevormundung reine Gesundheitsschädigungen und Selbstzerstörungsakte, die keine anderen Rechtsgüter beeinträchtigen, verhindert werden sollen. Dieser Gedanke des Schutzes des Opfers vor sich selbst ohne die Gefahr der Fremdgefährdung liegt der gesamten Betäubungsmittelgesetzgebung zugrundel, die Opiate nicht zum Lustgewinn, sondern nur bei medizinischer Indiziertheit angewandt wissen will. Hierdurch wird, wie von den Kritikern behauptet, dem einzelnen das Recht auf Lustgewinn und Selbstmedikation abgesprochen, und der Staat zwingt ihn, gesundheitlich vernünftig zu handeln. Ein solch tiefer Eingriff in die Grundrechte des einzelnen mit dem Anspruch, sich gesundheitlich und gesellschaftlich konform zu verhalten, kann nur gerechtfertigt werden, wenn triftige Gründe dafür sprechen. Eine staatliche Berechtigung, den Verkehr mit Opiaten außerhalb der medizinischen Indiziertheit zu verhindern, könnte sich allenfalls aus der Pflicht des Gemeinwesens ergeben, den einzelnen vor für ihn nicht überschaubaren Abhängigkeitsverhältnissen zu schützen. Dieser Schutz muß um so restriktiver ausgestaltet werden, je höher die Risiken sind und je weniger der einzelne durch den Konsum sein eigenverantwortliches gesundheitliches Handeln steuern kann.

Anders nun als die kulturintegrierten Rauschmittel beinhalten die Opiate pharmakologische Eigenschaften, die eher und schneller zur körperlichen Abhängigkeit führen. Wenn nun auch die Opiatsucht nicht zwangsläufig und bereits nach einem z.B. dreimaligen Gebrauch eintritt, wie es viele Aufklärungsbroschüren und Wissenschaftler, die den Opiaten fast dämonische magische Versklavungskraft zuschreiben,

¹ Siehe S. 89ff der Arbeit.

behaupten, sondern es durchaus Fälle gibt, wie Untersuchungen über Gelegenheitskonsumenten beweisen¹, in denen Opiate kontrolliert, ohne süchtig zu machen, konsumiert worden sind, so dürfte es sich dabei doch um Ausnahmerecheinungen handeln. Es erscheint deshalb nicht realistisch, daß bei einer freien Zugänglichkeit der Opiate, wie z.B. beim Alkohol, nur ein geringer Bruchteil aller regelmäßigen oder gelegentlichen Konsumenten in die Sucht abgeleitet. Da somit die freie Entscheidung, ob man Opiate konsumieren will, schon sehr schnell für fast alle Benutzer zu der Unfreiheit wird, konsumieren zu müssen, und die Risiken des Süchtigwerdens für den einzelnen bei Konsumbeginn kaum einschätzbar sind, besteht für den Staat die berechnigte Notwendigkeit, den Bürger einem Selbstschutz zu unterwerfen und ihm durch Gesetz bestimmte Substanzen vorzuenthalten, zumal sich bislang noch keine Riten und keine soziale Kontrolle entwickelt haben, die informell den Gebrauch steuern und ein Abgleiten in die Abhängigkeit erschweren könnten.

Aber selbst, wenn man dem Staat - entgegen den vertretenen Auffassungen - Gesetzgebungskompetenzen zubilligt und ihm das Recht zugesteht, das Grundrecht auf individuelle Freiheit Schranken zu unterwerfen, um durch eine formelle Kontrolle den medizinisch nicht indizierten Zugang zu den Opiaten zu verhindern, so ist damit noch nicht abschließend entschieden, ob der Staat von dieser Kompetenz auch Gebrauch machen muß. Ob entsprechende Gesetze erlassen werden oder nicht, bestimmt sich vielmehr nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, bei dem die negativen Folgen und die positiven Auswirkungen der Norm gegeneinander abzuwägen sind.

¹ Hunt/Zinberg.

1. Einflüsse auf die Rauschgiftkriminalität

Würde eine restriktive Betäubungsmittelgesetzgebung unterbleiben und die Bundesrepublik Deutschland sich für eine totale Legalisierung aller Opiate entscheiden, könnte der schwarze Markt absolut zum Erliegen gebracht und der Einfluß des organisierten Verbrechens zurückgedrängt werden. Ähnliche Erfahrungen konnten bereits in den USA gemacht werden, als dort 1933 die Alkoholprohibition aufgehoben wurde und kein Alkoholkonsument mehr bereit war, auf dem schwarzen Markt teure, qualitativ minderwertige und gesundheitsschädliche Getränke zu kaufen, wenn er sie legal billiger und besser erwerben konnte.

Dieses Zurückdrängen des organisierten Verbrechens sollte auch ein wichtiges Ziel der deutschen Drogenpolitik sein, da es zu verhindern gilt, solchen Gruppen Markt- und Gewinnchancen zu eröffnen. Gerade durch die ohne viel Risiko im Rauschgiftgeschäft zu erzielenden Profite ist dem organisierten Verbrechen eine finanzielle Basis geschaffen worden, die es ihm ermöglicht, in legale Geschäftsbereiche zu investieren und damit seine Macht auf Teile der Wirtschaft auszudehnen. Durch diese Unterwanderung, einhergehend mit einer zunehmenden Rechtsunsicherheit wegen mangelnder Erfolge und Korruption der Instanzen der sozialen Kontrolle, die dem einzelnen keinen Schutz mehr vor dem organisiertem Verbrechen bietet, entstehen ungeheuerere Gefahren für ein Gemeinwesen, denen man mit der totalen Legalisierung entgegenwirken würde.

Weiterhin würde eine Aufhebung der Prohibition den Süchtigen von dem Zwang befreien, sich große finanzielle Mittel durch Beschaffungskriminalität zu besorgen, und dazu beitragen, seine Lebensführung und seinen gesundheitlichen Zustand zu verbessern.

Ferner könnten Kosten in Milliardenhöhe für Polizeiarbeit, Justiz, Strafvollzug und zum Teil auch Therapie eingespart werden.

2. Erhöhung der Süchtigenzahlen

Gegen eine Politik der totalen Legalisierung von Opiaten könnte dagegen sprechen, daß hierdurch ein Anstieg der Abhängigenzahlen hervorgerufen würde.

Dieses wird z.B. von Schlender¹ als durchaus realistisch prognostiziert. Baridon² dagegen vermutet, gestützt auf eine bundesweite Umfrage der "National Commission on Marihuana and Drug Abuse" in den USA, daß lediglich 1% der Jugendlichen und Erwachsenen ohne Heroinerfahrungen diese Droge bei Freigabe ausprobieren würden.

Allerdings dürften solche Umfragen über hypothetisches Verhalten kaum geeignet sein, das tatsächliche Konsumentenpotential bei einer Legalisierung realistisch einzuschätzen. So könnten durch die Entstigmatisierung die negativen Folgen des Süchtigwerdens weitgehend neutralisiert und dynamische Bewußtseinsprozesse ablaufen, die für die Befragten nicht rationalisierbar und vorhersehbar sind. Opiatkonsum könnte z.B. zu einem Modekult werden, ähnlich dem Kokainschnupfen in Intellektuellenkreisen Mitte der zwanziger Jahre, der nur, um "in zu sein", mitgemacht wurde. Auch könnten die Opiate, gerade wegen ihrer totalen Griffnähe und Erhältlichkeit, die entscheidenden Einfluß auf die Bereitschaft zum Konsum

¹ Schlender / Kaplan, S. 43; The Drug Abuse Council: Heroin Maintenance, S. 12, 13.

² Baridon, S. 89.

und die Drogenauswahl haben¹, wegen ihrer entspannenden euphorisierenden Wirkung einer Mehrzahl streßgeplagter und mit Alltagsproblemen belasteter Bürger den notwendigen Fluchtausgleich bieten und damit anstelle der bereits heute weit verbreiteten Psychopharmaka treten. Sicherlich würden dann auch viele Gelegenheitskonsumenten, die heute den Heroingebrauch nur deshalb aufgeben, weil sie ihn finanziell ohne Straftaten nicht tragen können oder nicht bereit sind, in die Drogenszene abzurutschen², sich zu süchtigen Dauerkonsumenten entwickeln.

Opiate würden somit das Entspannungs- und Suchtmittel für große Teile der Bevölkerung, deren weiteren Verbreitung weder negative Erlebnisse durch Übelkeit oder Erbrechen beim Erstkonsum³, wie die Erfahrungen mit den Suchtdrogen Alkohol und Nikotin gezeigt haben, noch die Technik des Spritzens, da sie auch durch Rauchen oder Essen konsumiert werden können, entgegenstehen.

Griffnähe und Gebrauch könnten auch nicht dadurch weitgehend eingeschränkt werden, daß als Hemmschwelle für die Abgabe eine ärztliche Rezeptpflicht und Apothekenpflichtigkeit eingeführt würden. Gerade die weit verbreitete Abhängigkeit von legal verschriebenen Medikamenten in unserer Gesellschaft weist auf die Ineffizienz des ärztlichen Kontrollsystemes hin. Dieses müßte um so mehr gelten, als bei einer totalen Legalisierung die Ärzte gezwungen wären, nicht nur in den Fällen der medizinischen Indiziertheit, sondern jedem Erwachsenen auf dessen Verlangen ausschließlich zum eigenen Lustgewinn, Opiate zu verabreichen. Der Umweg über den Arzt bzw. über die

¹ Von Wartburg, S. 80.

² Phares, S. 149.

³ SWOAD, S. 5.

Rezepte ausfüllende Sprechstundenhilfe und der anschließende Gang zur Apotheke würden die Abgabe allenfalls kostspieliger und zeitaufwändiger gestalten, sonst aber keine Vorteile gegenüber einem "liquor-store-model" hinsichtlich der Kontrollierbarkeit der Verbreitung besitzen.

Die totale Legalisierung beinhaltet somit die Gefahr, durch die Zulassung einer Substanz, deren kontrollierter Gebrauch aufgrund des Suchtpotentials der Droge äußerst schwierig zu beherrschen ist, die Süchtigenzahlen zu erhöhen. Es würden viele Bürger, die vor der Realität fliehen wollen, in Abhängigkeitsverhältnisse gezwungen, aus denen sie sich nicht mehr befreien könnten und in denen sie nur noch zum suchtgesteuerten Handeln fähig wären. Vor allem Jugendliche, die bereits heute eine für die Opiate besonders empfängliche Zielgruppe darstellen, wären hiervon betroffen. Hierdurch entstehen Gefahren für den einzelnen und den Staat, die vergleichbar sind mit der Situation einiger Naturvölker, deren Gemeinwesen durch die Einführung des nicht kulturintegrierten Rauschmittels Alkohol, für dessen Gebrauch sie keine gesellschaftlichen Kontrollnormen entwickelt hatten, zugrunde gerichtet wurden.

Diese Gefahren einer Gesellschaft mit einer Vielzahl von Opiatsüchtigen sind allemal höher einzustufen als die Vorteile einer totalen Legalisierung, zumal bisher nur ein kleiner Kreis von Abhängigen besteht, das organisierte Verbrechen auch teilweise repressiv bekämpfbar ist und sich andere weniger risikofolle Formen der Legalisierung anbieten könnten.

Eine totale Legalisierung ist daher als Drogenbekämpfungskonzept abzulehnen, und es ist durchaus wünschenswert, daß der Staat unter Verzicht auf eine Bestrafung des Konsumenten die Abgabe von Opiaten

nur an einen bestimmten Adressatenkreis zu einem beschränkten Zweck zuläßt.

III. DIE BESCHRÄNKTE LEGALISIERUNG

Eine solche eingegrenzte Zugänglichkeit der Opiate ist u.a. ein Hauptanliegen der beschränkten Legalisierung, welche deren Abgabe nur an Süchtige vorsieht und mit deren Praktikabilität besonders in Großbritannien und den USA weitreichende Erfahrungen gesammelt werden konnten.

1. Modelle und Erfahrungen in verschiedenen Staaten

a) USA

aa) Der Harrison Act und frühe Legalisierungsversuche

In Erfüllung der Verpflichtungen der Haager Convention erließ der amerikanische Kongreß am 17.12.1914 den Harrison Act.

Dieses ursprünglich als Steuernorm konzipierte Prohibitionsgesetz sah vor, daß die Einfuhr, der Vertrieb und Erwerb von Opiaten nunmehr lizenziert und steuerpflichtig und jeder Umgang ohne staatliche Erlaubnis illegal sein sollte¹. Lediglich Ärzte waren von dieser Regelung ausgenommen, solange sie

¹ Ausführlich zur amerikanischen Drogengesetzgebung: Brömer/Schlender, S. 9ff; Saper, S. 183-193; King, S. 17-38; Morell, S. 213-258.

Opiate im Rahmen ihrer Berufsausübung bzw. zu gerechtfertigten medizinischen Zwecken an ihre Patienten verschrieben und anwendeten¹. Allerdings fehlten nun im Gesetzestext Auslegungshinweise, welche Fälle unter diese Tatbestandsmerkmale zu subsumieren seien, so daß sehr schnell das Problem auftrat, inwieweit die kontinuierliche Verschreibung von Opiaten an Süchtige im Rahmen einer Erhaltungstherapie noch als gesetzeskonform angesehen werden konnte.

Dieses wurde vom "Department of Treasury", dem als Exekutivbehörde die Auslegung der Steuergesetze oblag, verneint². Nach seiner Auffassung war die Opiatabhängigkeit keine Krankheit im medizinischen Sinne, sondern ein auf Willensschwäche zurückzuführendes Laster, so daß sich eine Opiatverschreibung therapeutisch nicht indizieren ließ³. Da man den Süchtigen in seiner lasterhaften Verhaltensweise nicht noch bestärken und unterstützen wollte, mußte man ihn durch Entzug und Einhaltung strikter Abstinenz zu einem moralischen Lebenswandel führen⁴. Begreiflich wird diese extreme Auffassung, wenn man sie vor dem Hintergrund einer allgemeinen puritanischen und moralisierenden Antidrogenkampagne⁵ sieht, der es schließlich auch gelang, ohne Rücksicht auf die Folgen einer Kriminalisierungspolitik die amerikanische Alkoholprohibitionsgesetzgebung in Gang zu setzen.

Trotz der staatlichen Ablehnung der Erhaltungsthera-

¹ Gesetzestext wörtlich zitiert bei Lindesmith: *Addiction and Opiates*, S. 218, 219.

² Morell, S. 216.

³ Lindesmith: *Addiction and Opiates*, S. 219; Brecher, S. 49.

⁴ Morell, S. 219.

⁵ King, S. 21, 22.

pie und der moralischen Antidrogenkreuzzüge etablierten sich aber in den USA in verschiedenen Städten angesichts der 200.000 Süchtigen¹, die sich auch durch den "Harrison Act" nicht von ihrem "Laster" befreien ließen und die sich nunmehr auf einem sich schnell entwickelnden schwarzen Markt mit Opiaten versorgten, 44 Spezialkliniken, in denen man zwischen 1919 und 1923 schätzungsweise an 120.000 amerikanische Süchtige Opiate abgab².

Über die Erfolge dieser Kliniken bei der Eindämmung des schwarzen Marktes und der sozialen Stabilisierung der Süchtigen sind jedoch keine wissenschaftlich nachprüfbaren Unterlagen und Studien vorhanden³, so daß eine Bewertung dieser ersten beschränkten Legalisierungskonzeption nicht erfolgen kann. Lediglich bekannt ist, daß sie in der Qualität unterschiedlich arbeiteten⁴. So waren einige Kliniken konzeptionslos hinsichtlich der Erhaltungsdosis und personell schlecht ausgestattet. Es kam deshalb zu Verschreibungen an Nichtabhängige und Überverschreibungen, die die Möglichkeit eröffneten, Opiate auf einem grauen Markt zu verkaufen. Insbesondere traten bei einigen New Yorker Kliniken diese Mißstände auf⁵.

Diese Unzulänglichkeiten bei einer Anzahl von Kliniken und die moralischen Unternehmerkreuzzüge der Prohibitionsbefürworter, die in der Abgabe von Opiaten lediglich eine Festschreibung des Übels sahen, führten letztlich, unterstützt durch Pressekampag-

¹ SWOAD, S. 8.

² Morell, S. 217, 218; Brecher, S. 115, 116.

³ Martin, S. 9; SWOAD, S. 8, 9.

⁴ Martin, S. 9; Bourne: Methadone, S. 1.

⁵ Morell, S. 230, 231; Teff, S. 90.

nen, zu einer Verteufelung und Diskriminierung des Kliniksystems in der öffentlichen Meinung, die so beeinflußt, der beschränkten Legalisierung die alleinige Schuld an einer behaupteten weiteren Ausbreitung der Sucht gab¹. Daraufhin wurden dann auf Betreiben des "Treasury Departments" alle Kliniken ohne wissenschaftliche Überprüfung und Auswertung ihrer Arbeitsergebnisse geschlossen.

Bereits vor Errichtung der Kliniken gab es auch niedergelassene Ärzte, die in ihrer Praxis Opiate als Erhaltungsdrogen an Süchtige verschrieben. Ebenso wie die Ärzte in den Morphinkliniken wurden diese von dem "Treasury Department" aufgrund der einschränkenden Interpretation des "Harrison Acts" verfolgt und angeklagt.

Unterstützung in der Ablehnung der beschränkten Legalisierungspolitik fand das "Treasury Department" auch durch die Rechtsprechung des "Supreme Court", der 1919 in einem Grundsatzurteil und in nachfolgenden ähnlichen Entscheidungen² feststellte, daß die Abgabe von Opiaten illegal sei, und damit durch die Kriminalisierung der Ärzteschaft die legalen Erwerbsquellen eindämmte. Erst 1925 im Falle Lindner³ revidierte der "Supreme Court" die von ihm vertretene und gefestigte Rechtsprechung und erkannte nunmehr an, daß die Opiatsucht eine Krankheit darstelle, und daß ein Arzt im guten Glauben handle, wenn er Narkotika in angemessenen Dosen an einen Süchtigen, der unter Entzugssyndromen leide, abgäbe⁴.

¹ Martin, S. 9; Teff, S. 90; Morell, S. 218; Brecher, S. 116.

² Zu den einzelnen Urteilen: Platt/Labate: Heroin Addiction, S. 19-25; Morell, S. 217-222; Eisenbach-Stangl, S. 364, 365.

³ Heroin Maintenance, S. 185.

⁴ Platt/Labate: Heroin Addiction, S. 23, 24.

Diese Rechtsprechungswende blieb jedoch ohne weitere Bedeutung und führte nicht zu einer Neueröffnung der Morphinkliniken und einer Neuaufnahme der Verschreibungspraxis, da die Ärzteschaft trotz dieses Urteils weiter von der Justiz verfolgt und durch die Kriminalisierungspraxis der Strafverfolgungsbehörden genügend eingeschüchtert wurde. Hinzu kam, daß die Ärzteschaft keine rückendeckende Unterstützung bei ihrer Standesorganisation der "American Medical Association" fand, die lediglich in Resolutionen 1920 und 1924 erklärte¹, daß sie eine ambulante Behandlung der Drogensucht durch Austeilen und Verschreiben von Drogen an Süchtige zum Selbstkonsum ablehne². Damit blieb aber offen, ob sie die Erhaltungstherapien generell als medizinisch nicht indiziert erachte oder ob sie sich nur gegen die Mißstände des Selbstkonsumes und des daraus entstehenden grauen Marktes wenden wollte³, was wiederum dem "Treasury Department" die Möglichkeit eröffnete, die Resolution dahingehend zu interpretieren, daß für die Behandlung der Drogensucht nur ein stationärer Zwangsaufenthalt, nicht aber eine ambulante Erhaltungstherapie in Betracht kommen könne.

Nach dieser Eliminierung der Erhaltungstherapien durch das "Treasury Department" war der weitere Weg der amerikanischen Drogenpolitik vorgezeichnet durch eine strikte prohibitive Ausrichtung, bei der man dem Süchtigen in Anlehnung an den Lindner Fall eine gewisse krankhafte Persönlichkeit zubilligte und zu seiner Heilung die stationären Entzugskliniken Fort Worth und Lexington einrichtete⁴. Darüber hinaus

¹ Morell, S. 218, 219.

² Chambers/Brill, S. 15.

³ Morell, S. 218, 219.

⁴ King, S. 23; Eisenbach-Stangl, S. 266, 367.

wurde der Süchtige aber auch als Krimineller definiert, und man versuchte, ihn als "Feind des guten Amerikas" über das Strafrecht zur Einhaltung der Abstinenz zu zwingen¹.

Erst Mitte der 60er Jahre, Anfang der 70er, erfuhr dann diese primär kriminalisierende, prohibitive und die stationäre Zwangstherapie als einzige Therapie bejahende amerikanische Drogenpolitik durch die Erprobung und Einführung der "Methadone Maintenance Therapy" in der Form der von dem amerikanischen Ärztehepaar Dole/Nyswander begründeten Substituierungs- oder Erhaltungsprogramme eine Abkehr.

bb) Methadone Maintenance Programs

(1) Entstehungsgeschichte

Auf Initiative des "Health Research Councils of New York City" begann 1964 der Internist und Biochemiker Dole und die in der Drogentherapie erfahrene Psychiaterin Nyswander an der "Rockefeller University" Experimente zur Entwicklung neuer Strategien bei der Heilung der Drogenabhängigkeit. Zunächst versuchten sie, zwei männliche Patienten im Alter von 21 und 34 Jahren, die wegen ihrer achtjährigen Heroinabhängigkeit, ihrer Straffälligkeit und den vergeblichen Versuchen, durch stationären Entzug und Psychotherapie ihre Sucht aufzugeben, als hoffungslose Fälle eingestuft worden waren, durch tägliche Morphininjektionen zu stabilisieren. Hierauf reagierten die Patienten jedoch lethargisch und ihr gesamtes Verhalten war drogenkonzentriert darauf ausgerichtet, die nächste Injektion zu erhalten. Zudem mußte täg-

¹ Inciardi: Addictive Diseases, S. 246, 247.

lich zur Vermeidung der Entzugssyndrome die Dosis gesteigert werden. Dole und Nyswander brachen deshalb ihren Versuch ab und gaben ihren Patienten, um sie langsam zu entgiften, Methadon. Dabei begannen sie mit einer hohen Dosis und zögerten die schrittweise Absenkung der Menge hinaus, um noch die Stoffwechselreaktionen für einige Tage beobachten zu können. Gleich nach der Umstellung auf Methadon konnten Dole und Nyswander jedoch einschneidende Verhaltensänderungen bei ihren Patienten feststellen. Diese hatten kein Verlangen mehr, ihre tägliche Opiatdosis zu erhöhen, interessierten sich für ihre Umwelt, entwickelten selbständig Aktivitäten und holten nach einiger Zeit trotz kontinuierlicher Methadonverschreibung ihre Schulabschlüsse nach¹. Den Hauptgrund für diese auffallenden Verhaltensänderungen der Süchtigen sahen Dole und Nyswander vor allem in den pharmakologischen Eigenschaften des Methadons.

(2) Pharmakologische Eigenschaften des Methadons

Das in der Medizin bei der körperlichen Entgiftung von Opiatabhängigen und auch als Schmerzmittel Anwendung findende Medikament Methadon² ist im Gegensatz zu Heroin oder Morphin kein aus dem Naturprodukt Opium weiterentwickeltes Produkt, sondern ein auf rein chemischsynthetischer Basis hergestelltes Opiat. Es wurde 1944 von den Farbwerken Hoechst entwickelt, als durch den zweiten Weltkrieg die

¹ Beschreibungen der Entdeckungsgeschichte befinden sich bei Brecher, S. 135-138; Martin, S. 10-12; Newman, S. 3, 4; Wilmarth/Goldstein, S. 4, 5; Blackmore, S. 26, 27.

² Zu der pharmakologischen Wirkungsweise des Methadons Platt/Labate: Heroinsucht, S. 15-17.

Einfuhr von Rohopium, das im größerem Umfange zur Schmerzmittelherstellung benötigt wurde, stark behindert war¹.

Gegenüber den Derivaten des Naturopiums bietet es entscheidende Vorteile:

- Es kann, oral verabreicht, schnell und effektiv seine Wirkung entfalten².
- Die Wirkung hält zudem im Gegensatz zu Heroin oder Morphin, das in reiner Form injiziert nur 6-8 Stunden wirkt, 24-36 Stunden an³, so daß es nur einmal täglich verabreicht zu werden braucht. Eine einmalige Dosis von über 40 mg/tgl. läßt damit das Entzugssyndrom für den ganzen Tag verschwinden⁴.
- Wohl wegen der oralen Einnahme führt der Konsum des Methadon bis auf ein wohliges Wärmegefühl, das sich von der Magengegend über den ganzen Körper fortsetzt, zu keinem Euphorieerlebnis. Ein Flash, wie er typischerweise nach einer Heroininjektion eintritt, kann nicht erzielt werden⁵.
- Methadon besitzt bei einer Dosis von 80-100 mg/tgl. eine Kreuztoleranz zu anderen Opiaten⁶, so daß deren euphorische Wirkung, sollten sie zusätzlich zu Methadon konsumiert werden, blockiert

¹ Martin, S. 10.

² Brecher, S. 161.

³ Wilmarth/Goldstein, S. 4, 5.

⁴ Stimmel, S. 243.

⁵ Wilmarth/Goldstein, S. 6; Peck/Beckett, S. 369.

⁶ Stimmel, S. 243.

wird¹.

- Ferner kann ein Süchtiger auf eine konstante Dosis eingestellt werden, und er brucht diese nicht, wie bei fortschreitender Opiatabhängigkeit, ständig zu erhöhen².

(3) Therapeutische Zielsetzung der Programme

Ermutigt durch ihre Beobachtungen bei ihren ersten beiden Patienten und unter Ausnutzung der pharmakologischen Eigenschaften des Methadons, erprobten Dole und Nyswander ihre Erhaltungs- oder Substituierungsmethadonbehandlung mit behördlicher Unterstützung an einer größeren Anzahl süchtiger Patienten. Primäre Zielsetzung ihrer Therapie sollte dabei nicht mehr, wie bei der bisherigen ausschließlich stationären Drogentherapie, die Erreichung der Drogenfreiheit um jeden Preis sein, sondern unter Abgabe von Methadon sollte zunächst eine soziale Stabilisierung auf ambulantem Wege erreicht werden, die mit einer endgültigen Aufgabe des Drogenkonsums und der Entgiftung des Methadons abschließen könnte³.

In der zeitlich nur theoretisch, nicht aber definitiv begrenzten Abgabe von Methadon unterscheidet

¹ Peck/Beckett, S. 369, 370; Riedesser, S. 674. Die Wirkung dieser Narcotikblockade ist allerdings umstritten. Dole ging davon aus, daß ihretwegen der Süchtige keine Motivation besitzt, zusätzlich Heroin zu injizieren, und er somit allmählich seinen Drogenhunger verlieren würde (Dole/Nyswander/Warner, S. 2709; Dole/Nyswander, S. 167). Es hat sich aber gezeigt, daß die Methadonprogramme das Problem des Konsums weiteren Schwarzmarktheroins nicht gänzlich auszuschalten vermochten. Methadon bietet keinen pharmakologischen Immunschutz gegen zusätzliche Heroineinnahme (Gossop, S. 813, 814).

² Brecher, S. 161.

³ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 213.

sich die Methadonerhaltungstherapie von drei anderen mit ihr oft verwechselten Methoden, bei denen Methadon als Medikament ebenfalls Anwendung findet. Diese Methoden können aber, da eine Abgabe von Methadon nur für kurze Dauer geschieht, nicht zu den beschränkten Legalisierungskonzepten gerechnet werden.

Um die Methadonerhaltungstherapie klar von diesen abzugrenzen, sollen sie kurz erläutert werden.

Die "Methadone Detoxification", welche ursprünglich Dole und Nyswander auch bei ihren ersten beiden Patienten anwenden wollten, stellt eine schleichende körperliche Opiatentgiftung dar, die der Vorbereitung der psychologischen drogenfreien Therapie dient. Dem Patienten wird dabei höchstens 21 Tage lang eine immer sinkende Dosis Methadon bis zum Erreichen eines absolut drogenfreien Stadiums verabreicht¹. Im Gegensatz zum harten abrupten Entzug bietet diese Methode den Vorteil, daß das körperliche Entzugssyndrom vermindert auftritt, medizinische Komplikationen sich verringern und, da der Entzug vom Süchtigen insgesamt als angenehmer und sanfter empfunden wird, Süchtigen, die bereits einen abrupten Entzug miterlebt haben, die Angst vor der körperlichen Entgiftung genommen werden kann².

Für Süchtige, die keine kurze Entgiftung, aber auch keine längere Substituierung wollen, bietet sich die "Methadone-to-abstinence" oder Reduktionsmethode³ an, bei der ebenfalls die Drogenfreiheit ein konkret terminiertes und in jedem Fall gegenüber einer lang-

¹ So nach der Definition der Drug und Food Administration (Gubar, S. 15).

² Beil/Trojan, S. 3615, 3616.

³ Kreuzer: Neue Juristische Wochenschrift 1979, S. 2358.

fristigen sozialen Stabilisierung anzustrebendes Behandlungsziel darstellt. Dabei wird allerdings in Kauf genommen, daß die Stabilisierung erst nach einem längeren Abgabezeitraum, der sich über Monate oder maximal ein Jahr erstrecken kann, und mit einer längerfristigen Reduzierung der Dosis als beim "Methadone Detoxification" erreicht wird¹.

Die Überbrückungsbehandlung mit Methadon wird von den niedergelassenen Ärzten angewandt, wenn sich ein Süchtiger ernsthaft um einen Therapieplatz bemüht und ihm dieser aber nicht sofort aus Kapazitätsgründen zur Verfügung gestellt werden kann. Bis zum Eintritt in die drogenfreie Therapie wird er mit Methadon stabilisiert, um ihn in seiner Entzugsmotivation zu bestärken und ihn von dem Zwang zu befreien, trotz Therapiebereitschaft weiterhin illegales Schwarzmarktheroin konsumieren zu müssen².

Im Gegensatz zu den drei Methoden, bei denen Methadon lediglich als Unterstützung im Rahmen einer drogenfreien Gesamttherapie gegeben wird, versucht die Methadonerhaltungstherapie nicht, eine absolute Drogenfreiheit anzusteuern, sondern ihre primäre therapeutische Zielsetzung beinhaltet die soziale Stabilisierung des Patienten auch unter Beibehaltung einer Methadonabhängigkeit. Als alleinige Erfolgskriterien werden deshalb bei der Erhaltungstherapie erachtet: Reduzierung antisozialen Verhaltens, wie Aufgabe des illegalen Drogenkonsums, Beendigung der drogenbedingten Kriminalität und Erhöhung der sozialen Produktivität durch Loslösung von der Drogensubkultur, Aufnahme einer Arbeit bzw. einer Ausbildung³. Erreicht werden soll diese soziale Integra-

¹ Gubar, S. 20.

² Schönhöfer/Hasse, S. 2042.

³ Morell, S. 234.

tion durch den täglichen Konsum von Methadon, wodurch für 24 Stunden der Süchtige kein Entzugssyndrom mehr verspürt und somit produktiv tätig sein kann.

Ihre Erfolge bei der sozialen Stabilisierung und die Notwendigkeit einer zeitlich nicht begrenzten Abgabe von Methadon an Süchtige begründen Dole und Nyswander mit ihrem biochemischen Suchtursachenverständnis¹. Danach soll die Heroinabhängigkeit zu einer permanenten metabolischen Veränderung im Organismus führen, die bei Süchtigen immer wieder, selbst nach Jahren der Entgiftung, ein stetes Verlangen nach Opiaten hervorruft. Allein durch die Zufuhr von Methadon kann nun dieser Normalzustand reguliert werden². Der Methadonpatient wäre somit mit einem Zuckerkranken vergleichbar, der, wie dieser Insulin, Methadon als Medikament erhält³.

Bisher konnte jedoch die von Dole und Nyswander aufgestellte These von der Opiatsucht als einer chronischen, quasi unheilbaren Krankheit (Metabolische Insuffizienz) wissenschaftlich nicht belegt werden. Sie erscheint zudem als höchst fragwürdig, weil sich mit ihr nicht erklären läßt, warum es Heroinkonsumenten gibt, die nicht süchtig bzw. nach einem Entzug nicht mehr rückfällig werden, oder aber warum es Konsumenten gibt, wie z.B. Vietnamkriegsteilnehmer, die, wenn sie heimkehren in ihre gewohnte amerikanische Umwelt, schlagartig ihren Konsum aufgeben und nicht mehr in die Sucht zurückfallen⁴.

¹ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 54-56.

² Newman, S. 4; Peck/Beckett, S. 371.

³ Dole/Nyswander/Warner, S. 2710.

⁴ Gossop, S. 813, 815; Newman, S. 4; Schenk: Droge und Gesellschaft, S. 174, 175; Peck/Beckett, S. 371.

Ferner ist dieser biochemische Ursachenerklärungsversuch auch für die Notwendigkeit, sich für die Einführung einer beschränkten Legalisierungsstrategie in der Form der Methadonerhaltungstherapie zu entscheiden, bedeutungslos, wenn es durch diese Drogenpolitik gelingt, in drogenfreien Therapien gescheiterte Süchtige in die Gesellschaft zu integrieren und dadurch Gefahren für die Allgemeinheit abzuwenden. Der von Dole und Nyswander vorgetragene Erklärungsansatz hat jedenfalls nur dazu beigetragen, die Methadonerhaltungstherapie als eine Chemotherapie zu diskriminieren, die lediglich abnorme Stoffwechselvorgänge ausgleichen kann und so allein durch die reine Abgabe eines Medikamentes das Drogenproblem löst. Dieses ist jedoch auch von Dole und Nyswander hinsichtlich der Einschätzung ihrer Arbeit nicht bezweckt worden. Auch nach ihrem Verständnis bietet die Methadonerhaltungstherapie nur die Chance, daß der Süchtige von sich aus den Drogenkreislauf vom Wechselspiel zwischen Sucht und Entzug und high und Kranksein durchbrechen kann. Durch die legale Abgabe braucht er nicht mehr den ganzen Tag lang unproduktiv dem Heroin nachzujagen, sondern er erfährt durch die Befreiung vom Zwang der Beschaffungskriminalität, durch Loslösung von der Drogenzene, durch den Aufbau von Partnerbeziehungen und durch die der Arbeits- bzw. Schulaufnahme eine Verbesserung seiner gesamten Lebensumstände. Um diese Lebensführung zu erreichen, bildet das Methadon lediglich einen wichtigen Aufhänger oder eine elementare Stütze für alle die Süchtigen, die einen drogenfreien Zustand durch herkömmliche Therapien nicht erzielen können. Darüber hinaus dürfte es aber auch erforderlich sein, daß der Süchtige selbst einen Willen zu diesem normalen Leben besitzt und daß er durch begleitende psychosoziale Hilfsangebote eine Verbesserung seiner Lebensumstände erfährt, die ihn in diesem Willen bestärken. Zum Ausdruck kommt

diese therapeutische Zielsetzung auch in dem von Dole und Nyswander konzipierten Programmablauf.

(4) Programmablauf

Dieser gestaltete sich in dem ersten Methadonerhaltungsprogramm wie folgt¹:

Aufgenommen wurden zunächst nur Patienten, die die Kriterien

- Freiwilligkeit der Behandlung, kein Zwang durch Gerichtsbeschlüsse,
 - Alter zwischen 20 und 40 Jahren,
 - vierjährige Heroinabhängigkeit mit erfolglosen Therapieversuchen,
 - keine Mehrfachabhängigkeit von Alkohol, Barbituraten oder Amphetaminen,
 - keine psychischen Auffälligkeiten,
 - keine besonderen Erkrankungen
- erfüllten.

Die Behandlung selbst gliederte sich dann in drei verschiedene Phasen².

In der ersten stationären, sechs Wochen dauernden Phase erfolgt nach medizinischer und psychologischer Untersuchung und einer Aufklärung der sozialen Verhältnisse die Einstellung auf die Erhaltungsdosis. Dabei erhält der Süchtige bei langsamer Reduzierung des Heroinkonsums zur Abdeckung des auftretenden

¹ Morell, S. 232.

² Dole/Nyswander/Warner, S. 2709, 2710; Dole/Nyswander, S. 159-165; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 212, 213.

Entzugssyndroms täglich eine geringe Anfangsdosis Methadon, die nach und nach bis auf 80-120 mg/tgl. gesteigert wird, so daß der Süchtige allmählich sein Bedürfnis nach illegalem Heroin verliert.

Die zweite Phase beginnt, wenn der Süchtige auf eine Dosis Methadon stabilisiert ist. Nunmehr wird der Patient nur noch ambulant behandelt. Er kommt täglich zur Klinik, wo er unter Aufsicht nicht injizierbares Methadon vermischt mit Fruchtsaft trinkt. Nach einiger Beobachtungszeit und guter Führung wird ihm nunmehr erlaubt, eine Wochenendration Methadon mit nach Hause zu nehmen, um es dort ohne Kontrolle zu konsumieren. Dieses Take-home-Prinzip kann dann mehr und mehr ausgedehnt werden, bis der Patient eine ganze Wochenration erhält und nur noch gelegentlich Methadon in der Klinik unter Aufsicht einnehmen muß. Gleichzeitig ist er aber verpflichtet, zur Kontrolle, ob er die Dosis konstant einhält und ob er weiterhin andere Drogen konsumiert, Urintests durchführen zu lassen. Ferner werden ihm nunmehr, um ihn bei der Wiedereingliederung und der Verbesserung seiner sozialen Verhältnisse durch Arbeits- bzw. Schulaufnahme, eigene Wohnung, Aufbau eines Freundeskreises zu unterstützen, soziale Hilfsdienste angeboten.

Die dritte Phase, die sich hinsichtlich der Abgabemodalität von der zweiten nicht unterscheidet, ist durch eine fortschreitende soziale Stabilisierung des Süchtigen gekennzeichnet. Der Patient hat jetzt das Behandlungsziel erreicht. Er lebt und arbeitet wie ein Nichtsüchtiger ohne Drogenprobleme und ist allenfalls wie viele andere Kranke auch von der täglichen Zufuhr eines Medikamentes abhängig. Wenn der Patient es in diesem Stadium will, kann er unter ärztlicher Aufsicht die Methadondosis langsam reduzieren und ein drogenfreies Leben beginnen.

(5) Entwicklung und weitere Gestaltung der
Methadonerhaltungsprogramme

Fast alle Patienten des ersten von Dole und Nyswander durchgeführten Methadonerhaltungsprogrammes erreichten, bis auf 13%, die wegen zusätzlichen Drogenkonsumes, unkooperativen Verhaltens oder schweren körperlichen bzw. seelischen Erkrankungen ausgeschlossen werden mußten¹, ihr Therapieziel und konnten sozial integriert werden. Diese positiven Ergebnisse hinsichtlich der Aufgabe des Heroinkonsums, der Arbeits- bzw. Schulaufnahme und des drastischen Rückgangs der Arreste wurden zur Kontrolle ebenfalls von einem unabhängigen Evaluationskomitee der "Columbia University School of Public Health and Administrative Medicine" unter Vorsitz von Frances Gearing untersucht, und es kam zu dem Schluß, daß die Methadonerhaltungstherapie eine effektive Form der Behandlung für eine große Anzahl von amerikanischen Drogenabhängigen darstellen könne².

Aufgrund der wissenschaftlich bestätigten Anfangserfolge wurden die Methadonerhaltungsprogramme nunmehr auch von Regierungsseite weiterhin gefördert und als Therapieform neben der drogenfreien Therapie zugelassen³. Insbesondere versprach man sich von ihnen ein schnell einsetzbares, billiges Mittel, um in dem von Nixon propagierten "war on narcotics", den öffentlichen Feind Nr. 1, das Heroin, zu stoppen⁴ und der spürbaren Suchtkriminalität in den

¹ Ebermann, S. 2097.

² Brecher, S. 140, 141; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 211.

³ Riedesser, S. 674.

⁴ Brömer/Schlender, S. 21, 23.

amerikanischen Ballungsgebieten entgegenzuwirken¹. Erleichtert wurde die breite Einführung von Methadonprogrammen noch durch die Tatsache, daß in der öffentlichen Meinung der Eindruck entstand, bei Methadon handele es sich ausschließlich um ein neues Medikament und keine Rauschdroge, die den Süchtigen euphorisiere und die nur zum eigenen Lustgewinn konsumiert werde, so daß sich die Abgabe auch ethisch rechtfertigen ließ². Diese Einstellung wurde auch durch die Massenmedien bestärkt, die Methadon als Wunderdroge und Anticrimepille darstellten, mit der man auf einen Schlag alle amerikanischen Drogenprobleme lösen, Tausende von Süchtigen heilen und den Großteil der Kriminalität in den Großstädten zurückdrängen könne³, und die damit ungerechtfertigterweise die Erhaltungsprogramme mit Vorschußlorbeeren und Erwartungen bedachten, die so nicht erfüllt werden konnten.

Gleichwohl sprachen sich auch ernstzunehmende Kritiker gegen eine Einführung der Erhaltungsprogramme aus⁴. Therapeuten der drogenfreien Programme lehnten sie kategorisch ab, da sie sich ein anderes Therapieziel als die absolute Drogenfreiheit nicht vorstellen konnten⁵. Militante Schwarze und andere Minderheiten sahen in den Erhaltungsprogrammen ein Mittel des weißen Mannes zur politischen Unterdrückung und Kaltstellung ihrer Forderungen nach sozia-

¹ Brömer/Schlender, S. 19; Greenberg/Adler, S. 221, 222.

² Lennard/Epstein/Rosenthal, S. 883.

³ Moss, S. 136.

⁴ Zur amerikanischen Kritik für viele: Bayer: Contemporary Drug Problems, S. 367-386; Bazell, S. 772-775; Blackmore, S. 27, 28.

⁵ Chambers/Brill, S. 317.

ler Gerechtigkeit¹. Andere wiederum hielten es für moralisch nicht vertretbar, das Drogenproblem mit einer Droge zu lösen².

Trotz dieser Ablehnung wurden Anfang der siebziger Jahre die Programmkapazitäten stetig ausgebaut, und immer mehr Süchtige nahmen sie in Anspruch. Bis 1973 wurden immerhin 60.000 Patienten in 700 Programmen behandelt³, teilweise mußten sogar Patienten für 3/4 Jahr in Wartelisten eingetragen werden⁴. Gerade um diese Wartezeiten abzubauen und allen Süchtigen gleich schnell die Chance zu eröffnen, sich sozial zu integrieren, kam es zu einer überhasteten Ausdehnung der Methadonprogramme und zu einer therapeutischen Qualitätsreduzierung. Einige besonders personell schlecht ausgestattete Programme boten keine psychosozialen Hilfen an, sondern entwickelten sich zu reinen Methadonverteilungsstellen, so daß sich sehr schnell um die Kliniken ein grauer Methadonmarkt etablierte⁵. Hierzu trugen auch einige frei praktizierende Ärzte bei, die in der Methadontherapie nichts anderes als ein profitables Geschäft sahen und diese ohne festes Therapieziel und ohne Einhaltung des von Dole und Nyswander entwickelten Programmablaufs durchführten⁶.

Um diese Mißstände abzubauen, und um durch minimale Rahmenbedingungen eine gewisse Vereinheitlichung und Kontrolle der Methadonprogramme zu erreichen, erließ deshalb die "Food and Drug Administration (FDA)" für

¹ Chambers/Brill, S. 322.

² Lennard/Epstein/Rosenthal, S. 881-884.

³ Morell, S. 235.

⁴ Riedesser, S. 675.

⁵ Stimmel, S. 255, 256.

⁶ Bourne: Methadone, S. 4.

alle Programme noch heute geltende Basisregeln¹. Danach muß jedes Methadonerhaltungsprogramm von der FDA genehmigt werden. Es muß einer Klinik angeschlossen sein und unter Aufsicht eines von der FDA lizenzierten Mediziners stehen². Außerhalb der Programme darf Methadone nicht von den niedergelassenen Ärzten als Substituierungsdroge verschrieben werden³. Dem Süchtigen selbst darf Methadon nur noch in Verbindung mit psychosozialen Hilfsdiensten verordnet werden. Eine reine Abgabe ohne die Möglichkeit der Teilnahme an den integrierenden Maßnahmen ist nicht mehr vorgesehen⁴. Ferner muß sich jeder Programmteilnehmer einmal wöchentlich einer Urinprobe unterwerfen, mit der festgestellt werden soll, ob er weiterhin Heroin konsumiert; einmal im Monat wird die Urinprobe noch zusätzlich auf Spuren von Barbituraten und Amphetaminen untersucht⁵. In den ersten drei Monaten nach der Aufnahme in das Programm darf der Patient kein Methadon selbständig konsumieren. Er ist verpflichtet, täglich sein Methadon unter Aufsicht in der Klinik zu trinken. Erst nach dieser Zeitspanne und wenn deutliche Fortschritte hinsichtlich seiner sozialen Rehabilitation erkennbar sind, braucht er nur dreimal in der Klinik zu erscheinen, und ihm wird allenfalls für zwei Tage, meistens am Wochenende, ein Take-home-Privileg eingeräumt. Nach zwei Jahren kann er die Klinikbesuche auf zweimal wöchentlich reduzieren und seine Take-home-Privilegien weiter ausbauen⁶.

¹ Neurath, S. 471; Lowinson/Millman, S. 50.

² Morell, S. 250, 251.

³ Gottheil, S. 669; Winkler, S. 31.

⁴ Gubar, S. 16.

⁵ Wilmarth/Goldstein, S. 7.

⁶ Morell, S. 251; Wilmarth/Goldstein, S. 7.

Neben diesen restriktiven Rahmenbedingungen, die darauf abzielten, der illegalen Verbreitung von Methadon entgegenzuwirken, liberalisierte die FDA die Aufnahmekriterien. Es ist nunmehr erlaubt, daß Süchtige mit einer sicher diagnostizierten einjährigen Heroinabhängigkeit und bereits in einem Alter ab 16 Jahren mit Erlaubnis des Vormundes an den Programmen teilnehmen können¹.

Weitere Modifizierungen entstanden auch hinsichtlich der Einstellungsphase, die heute im Gegensatz zum ursprünglichen Dole/Nyswander-Programm nicht mehr stationär, sondern ambulant durchgeführt wird².

Trotz dieser von der FDA vorgegebenen Standartregeln gibt es heute in den USA keine homogenen Programme, die gleich ausgestattet nach gleichen Methoden arbeiten. So entwickelten sich Programme, bei denen Methadon in niedrigerer Dosierung (40-80 mg/tgl.) verabreicht wird³. Viele Programme müssen u.a. aus finanziellen Gründen mit einem Minimum an sozialen Diensten auskommen, wohingegen andere hierauf gesonderten Wert legen und verstärkt Individual-, Gruppen- oder Familientherapie anbieten⁴. Unterschiedliche Gewichtung besteht auch hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzung⁵. Bei einigen Programmen spielt ein zusätzlicher Drogenkonsum keine Rolle, bei anderen, vor allem restriktiv ausgerichteten, führt dieser zu einem ständigen therapeutischen Aufbereiten und schließlich zum Ausschluß. Daneben

¹ Neurath, S. 471; Lowinson/Millman, S. 50.

² Gubar, S. 17.

³ DeLong, S. 215, 216; Bourne: Methadone, S. 12; ders.: Addiction, S. 129-148.

⁴ DeLong, S. 217.

⁵ Bourne: Methadone, S. 6, 7.

divergiert auch das Patientenpotential der Programme von kriminell stark vorbelasteten und sozial destabilisierten ethnischen Minderheiten aus den Slums der amerikanischen Großstädte bis hin zu aus der Mittelschicht stammenden Süchtigen.

Obwohl die Methadonprogramme in den USA unterschiedlich ausgestaltet und ausgerichtet sind, was auch als Ausdruck einer Suche nach der effizientesten Erhaltungstherapiemethode verstanden werden muß, ist es ihnen gelungen, sich als anerkannte Drogentherapieform zu etablieren. Bis auf vereinzelte Versuche wird sie anders als in der Bundesrepublik Deutschland keiner Grundsatzdiskussion mehr unterzogen, sondern erfährt in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung allenfalls eine realistischere Einschätzung als dies infolge der Anfangseuphorie der Fall war. Diese allgemeine Akzeptanz der moralischen Verpflichtung, Süchtige, die keine Drogenfreiheit durch andere Therapieformen erreichen können, durch die Abgabe von Opiaten zumindest sozial zu stabilisieren und ihnen ein annähernd menschenwürdiges Dasein zu ermöglichen, kommt auch dadurch zum Ausdruck, daß heute immerhin 75.000 von insgesamt 120.000 Süchtigen, die sich in den USA einer Drogentherapie unterziehen, an Methadonerhaltungsprogrammen teilnehmen¹.

Ähnlich wie die USA, wenn auch in der Substituierungsmethode unterschiedlich und vor dem Hintergrund einer anderen historischen Tradition, hat sich Großbritannien für eine beschränkte Legalisierung entschieden.

¹ Nach Krauthan, S. 1, nahmen 1980 85.000 Süchtige an den Programmen teil.

b) Großbritannien

aa) Das alte "British System"

Erst 1920 mit dem Erlaß des "Dangerous Drugs Act" begann in Großbritannien die Reglementierung des Erwerbes und Besitzes von Opiaten. Ähnlich wie der Harrison Act es normierte, konnten sie nur noch von einem Arzt abgegeben werden und zwar "soweit es für die Ausübung seines Berufes notwendig war"¹.

Um diese Generalklausel zu konkretisieren und um zu klären, inwieweit eine Substituierung von Abhängigen auch im Hinblick auf die internationalen Abkommen noch als gesetzeskonform angesehen werden konnte, wurde 1924 auf Initiative des Gesundheitsministeriums eine medizinische Fachkommission, das Rolleston Committee, gegründet und mit der Lösung dieses Problems beauftragt. 1926 kam die Kommission dann zu dem Ergebnis, daß die Opiatsucht als eine Krankheit im medizinischen Sinne und nicht als eine Form lasterhafte Befriedigung anzusehen sei². Eine Verschreibung von Opiaten an Süchtige müsse demnach für solche Patienten als eine legitime Therapie akzeptiert werden, die a) sich einer stufenweisen Entgiftung unterziehen wollen und die b), nachdem sie eine Suchtbehandlung mitgemacht haben, nicht entzogen werden konnten und die, solange sie Ihre Suchtdroge in einer nicht steigenden gewöhnlichen geringen Menge bekommen, fähig sind, ein nützliches und normales Leben zu führen³.

¹ Stimson, S. 55.

² Zinberg/Robertson, S. 124.

³ Ferguson, S. 323; Stimson, S. 55; Chambers/Brill, S. 16, 17.

Mit dieser Entscheidung war die noch bis heute geltende Grundidee der britischen Drogenpolitik formuliert: Der Süchtige wurde von den Instanzen der sozialen Kontrolle als "normaler" Kranker definiert und nicht wie sein deutscher oder amerikanischer Konterpart als Krimineller oder Geisteskranker oder beides zugleich. Folgerichtig wurde dessen Behandlung dann auch den niedergelassenen frei praktizierenden Ärzten zugewiesen¹, die in den Fällen, in denen die körperliche Entgiftungsmethode versagte, dem Süchtigen auf einem Rezept Heroin oder Morphinum zur Selbstinjektion verschrieben, das dieser in einer Apotheke einlöste. Dabei wurden , um einen Überblick über die Suchtentwicklung zu erhalten, die Namen der Süchtigen in speziellen Listen eingetragen und der Drogenabteilung des "Home Office" mitgeteilt².

Weiterhin war es die Zielsetzung dieses medizinisch orientierten Abgabesystems, durch den legalen Zugang zu Opiaten dem Entstehen eines schwarzen Marktes und einer prohibitionsbedingten Kriminalität des Süchtigen entgegenzuwirken³.

Unangefochten wurde das alte "British System" bis Mitte der sechziger Jahre vierzig Jahre lang problemlos praktiziert, und dabei konnte einer kleinen Anzahl Süchtiger mittleren Alters mit Mittelschichtzugehörigkeit, deren Suchtentstehung meistens medizinisch bedingt war⁴, durch die Opiatverschreibung ein Leben in sozial gesicherten Verhältnissen ohne Beschaffungsdruck ermöglicht werden.

¹ May, S. 348; Ferguson, S. 322.

² SWOARD, S. 10.

³ Zinberg/Robertson, S. 124.

⁴ Drucker, S. 1376. Diese Gruppe war vergleichbar mit den deutschen Opiumveteranen.

Eine Wende in dieser Politik schien sich allerdings anzubahnen, als es Ende der fünfziger und zu Beginn der sechziger Jahre zu einem drastischen Anstieg der registrierten Süchtigen kam (1947: 199 Patienten, 1958: 442) und die Vermutung auftrat, daß Opiate auch illegal konsumiert würden¹. Um diese neuen Entwicklungen einzuschätzen und die Zeitgemäßheit des Verschreibungssystems zu überprüfen, wurden 1958 medizinische Fachleute in das "Brain Committee" zusammengerufen. 1961 kam der Gutachterausschuß jedoch zu dem Ergebnis, daß die Entwicklung des Drogenproblems keinen Anlaß zur Besorgnis und zu einer Revidierung der britischen Drogenpolitik bieten würde².

bb) Das neue "British System"

Eine einschneidende Zäsur erfuhr die britische Drogenpolitik dann aber Mitte der sechziger Jahre. Zu dieser Zeit stiegen die Süchtigenzahlen weiter ständig an und die Konsumentenschichten und die Konsumgewohnheiten veränderten sich. Nunmehr fanden Heranwachsende zwischen 18 und 35 Jahren, die eine weit- aus instabilere soziale Entwicklung als die bisherigen Süchtigen britischen Opiumveteranen hinter sich hatten und zudem bereits in kriminelle Aktivitäten verwickelt waren, den Weg zum Heroin, das sie teilweise in Kombination mit anderen Drogen konsumierten³.

Alarmiert durch eine beunruhigte Öffentlichkeit, die

¹ SWOAD, S. 10.

² Ferguson, S. 324; Zinberg/Robertson, S. 125.

³ Drucker, S. 1376; Zinberg/Robertson, S. 125, 126; Stimson, S. 56; SWOAD, S. 10; Chambers/Brill, S. 18.

befürchtete, daß in Großbritannien das Suchtproblem amerikanische Ausmaße erreichen könnte, wurde 1964 das "Brain Committee" erneut zusammengerufen¹.

In seinem im Juli 1965 veröffentlichten Bericht stellte es fest, daß einige wenige Ärzte, etwa sechs, sehr große Mengen Opiate an Süchtige verschrieben² und daß diese das überschüssige Opiat zur Sicherung ihres eigenen Lebensunterhaltes auf einem entstandenen grauen Markt an noch nicht registrierte Süchtige verkauft hatten³. Da die Vielverschreibung den Suchtanstieg bedingte, das Committee aber auch weiterhin eine Politik der beschränkten Legalisierung befürwortete, um so das Entstehen eines schwarzen Marktes zu verhindern⁴, schlug es der Regierung folgende Kontrollmaßnahmen vor:

- 1) Die Behandlung von Abhängigen sollte nur noch in speziell dafür errichteten Zentren (Drug Treatment Centers), die Teile einer Klinik sind, erfolgen.
- 2) Die Verschreibung von Opiaten zur Substituierung Süchtiger sollte nur noch von den in diesen Zentren behandelnden Ärzten vorgenommen werden, die hierzu eine Lizenz erhielten. Niedergelassene Ärzte sollten zu Verschreibungen nicht mehr autorisiert werden.

¹ Edwards in: West, S. 3.

² So verschrieb z.B. in 1962 ein Arzt allein sechs Kilogramm (600.000 Tabletten) Drogen an Süchtige. Derselbe gab einmal 900 Tabletten und drei Tage später 600 Tabletten an einen einzelnen Süchtigen ab (May, S. 353; Ferguson, S. 326; Zinberg/Robertson, S. 126, 127; Edwards in: West, S. 3).

³ Stimson, S. 56.

⁴ May, S. 351.

- 3) Der Verstoß gegen dieses Verbot sollte als Straftat geahndet werden.
- 4) Die behandelnden Ärzte sollten ihre süchtigen Patienten einem Zentralregister beim "Chief Medical Officer of the Home Office" melden.
- 5) Die Ärzte sollten die Möglichkeit erhalten, Süchtige auch zwangsweise in den Kliniken zu behandeln¹.

Mit Ausnahme der letzten Maßnahme übernahm die Regierung zur Eindämmung des grauen Marktes und zur Verhinderung eines weiteren Süchtigenanstieges die Vorschläge des Brain Committee und erließ 1967 einen "Dangerous Drugs Act", wobei sie allerdings klar herausstellte, daß sie an ihrer Einschätzung des Süchtigen als Kranken und ihrer Intention, durch eine Verschreibungspolitik die Rauschgiftkriminalität einzudämmen, nichts ändern wolle.

Im Zuge der Ausführung dieses Gesetzes sind dann seit Herbst 1967 37 (28 in London, 9 in der Provinz) Behandlungszentren, angegliedert an Kliniken, errichtet worden². Zunächst hielt man es bei der Behandlung in den Zentren noch für ausreichend, den Süchtigen, wie es die niedergelassenen Ärzte auch taten, lediglich Opiate zu verschreiben und ihnen allenfalls medizinische Hilfe zuteil werden zu lassen. Hierzu wurde dem Süchtigen ein Rezept ausgestellt, das eine wöchentliche oder vierzehntägige Verschreibung enthielt und direkt an eine spezielle Apotheke, nah dem Wohn- oder Arbeitsplatz des Süchtigen, geschickt wurde, wo der Süchtige sich täglich

¹ Chambers/Brill, S. 19; Stimson, S. 57; Edwards in: West, S. 14; May, S. 352; Ferguson, S. 326.

² Glatt, S. VIII/54.

seine Opiatration abholen konnte¹. In der Folgezeit wurde dieses reine Verschreibungssystem jedoch zugunsten einer umfassenden sozialtherapeutischen Behandlungsstrategie, ähnlich den amerikanischen Methadonerhaltungsprogrammen, aufgegeben. Von Seiten der behandelnden Ärzte, meistens Psychiatern, sah man in dem Süchtigen mehr und mehr eine psychosozial gestörte Persönlichkeit, die mit umfassender Sozialarbeit und Psychotherapie in die Gesellschaft wieder eingegliedert werden mußte². Auch hinsichtlich der verschriebenen Drogen und der Applikationsform fanden Veränderungen statt. Großbritannien war das einzige Land, das die Abgabe von Heroin und Morphinum an Süchtige gestattete. Bis auf einen geringen Prozentsatz ist man aber in den Kliniken zu Methadonverschreibungen übergegangen³, das oral oder gespritzt in geringen Dosen eingenommen wird⁴. Große Unterschiede bestehen allerdings in der Arbeitsweise und der Ausgestaltung der einzelnen Behandlungszentren⁵, da kein einheitliches Behandlungssystem besteht⁶, sondern auf der Basis größtmöglicher Individualisierung kann das Klinikpersonal die therapeutischen Direktiven im einzelnen bestimmen⁷, so daß bei einigen stärkere Akzente auf eine soziale Rehabilitation gesetzt werden und damit Wert auf ein breites Angebot sozialer Dienste gelegt wird,

¹ May, S. 365.

² Stimson, S. 67.

³ Hierzu ausführlich: Johnson: The International Journal of Addiction, S. 361-398; Kappel, S. 34.

⁴ May, S. 366, 367; Drucker, S. 1378, 1379; Geis, S. 558.

⁵ Ausführlich zur Ausgestaltung: Johnson: British Journal of Addiction, S. 175-182.

⁶ May, S. 347, 356.

⁷ Kappel, S. 34.

während andere sich intensiver um die Verringerung der Dosierung und die Erreichung eines drogenfreien Zustandes bemühen¹.

Neben diesen klassischen Staaten mit einer weitreichenden Substituierungstradition wie Großbritannien und den USA haben gerade in den siebziger Jahren u.a. in Westeuropa² die Niederlande, einige skandinavische Länder und neuerdings die Schweiz³ und Italien⁴ das Konzept der beschränkten Legalisierung in der Form der Methadonerhaltungsprogramme in ihre Drogenpolitik miteinbezogen. Allein die Bundesrepublik Deutschland konnte sich bisher hierzu nicht entschließen, sondern versuchte in Fortsetzung und Anknüpfung an die repressive Suchtlösungsstrategie der späten Weimarer Zeit, durch Novellierungen des Opium- und Betäubungsmittelgesetzes den Konsum von illegalen Drogen weiterhin zu kriminalisieren und durch eine strikte prohibitive Drogenpolitik einer legalen Abgabe von Opiaten an Süchtige entgegenzuwirken.

c) Das Deutsche Reich und die Bundesrepublik
Deutschland

aa) Opiumgesetz und prohibitive Bestrebungen
von Ärzteschaft und Rechtsprechung

Wie auch Großbritannien war das Deutsche Reich durch Artikel 295 des Versailler Friedensvertrages gezwun-

¹ Edwards in: West, S. 26.

² Andere außereuropäische Länder mit Legalisierungstradition sind z.B. Persien, Formosa (SWOARD, S. 9; Bourne: Methodone, S. 2).

³ Gmür/Uchtenhagen, S. 1228-1235.

⁴ Meldung der FAZ vom 14.10.1980.

gen, innerhalb eines Jahres das Haager Abkommen zu ratifizieren und damit den Umgang mit Opiaten restriktiv zu reglementieren¹. Hierzu erließ es am 30.12.1920 das Gesetz zur Ausführung des internationalen Opiatabkommens vom 23.01.1912 (RGBl. I 1921, S. 3), wodurch die Abgabe von Opiaten ausschließlich der ärztlichen Kontrolle übertragen und jede illegale Verteilung außerhalb des medizinischen Gebrauchs strafrechtlich sanktioniert wurde².

Spielte nun trotz dieses Gesetzes aufgrund der fehlenden präzisen Tatbestandsdefinitionen und der Reaktionswirklichkeit die Versorgung Süchtiger mit Drogen durch Ärzte strafrechtlich keine bedeutsame Rolle³, so änderte sich diese Situation schlagartig, als am 10.12.1929 das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln, das sogenannte Opiumgesetz (RGBl. I, S. 215), erlassen wurde⁴. Nunmehr konnte ein Arzt gem. § 10 Abs. 1 Nr. 6 OpiumG mit Strafe belegt werden, wenn er gegen die nach § 8 OpiumG das Opiumgesetz ergänzende Rechtsverordnung über das Verschreiben betäubungsmittelenthaltender Arzneimittel und ihrer Abgabe in Apotheken vom 19.12.1930 (RGBl. I, 635) verstieß. Diese Verschreibungsmittelverordnung sah insbesondere in § 6 vor, daß nur in den Fällen einer medizinischen Indiziertheit Opiate vom Arzt an Kranke abgegeben werden durften.

Ob allerdings die Substituierungsbehandlung noch als medizinisch indiziert anzuerkennen war und der Arzt

¹ King, S. 20; Scheerer: Sozialmagazin, S. 24; Eisenbach-Stangl, S. 414.

² Scheerer in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 481.

³ Eisenbach-Stangl, S. 414, 415.

⁴ Wagner, S. 42, 43, 46; Scheerer: Sozialmagazin, S. 24.

lege artis ohne Tatbestanderfüllung handelte, wenn er Opiate lediglich zur sozialen Stabilisierung an Süchtige weitergab, mußte entsprechend der Beweis-erhebungsregeln und -praxis im deutschen Strafprozess von medizinischen Sachverständigen geklärt werden, auf deren gutachterlichen Entscheidung sich dann die Urteilsgründe stützten. Die Gutachter wiederum waren nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts¹ gehalten, nur das als ärztliche Heilbehandlung zu deklarieren, was nach den weitaus akzeptierten Regeln der ärztlichen Wissenschaft geboten war². Diese Regeln werden von der Standesorganisation als Leit- und Richtlinien aufgestellt, um so von der Schulmedizin abweichende Außenseitermeinungen auszuschalten. Letztlich konnte damit die Standesorganisation jedes ärztlich-therapeutische Wirken einer Legalitätskontrolle unterwerfen und ihr nicht angenehme Therapieformen durch strafrechtliche Einflußnahme ausschalten.

Aufgrund konservativer Einstellungen der durch Anstaltsdenken geprägten deutschen Psychiatrie und Ärzteschaft, welche von jeher glaubte, bei der Heilung von sozialabweichendem Verhalten auf Therapien unter Internierungsbedingungen nicht verzichten zu können, war für die Standesorganisation eine Substituierung des Süchtigen, also eine Festschreibung seiner lasterhaften, kranken und selbstverschuldeten Lebensweise, unvorstellbar. Ihrer Auffassung nach konnte nur eine freiwillige oder bei fehlender Krankheitseinsicht, welche dem Süchtigen als charakteristisches Krankheitssymptom ohnehin unterstellt wurde, auch eine unter Zwang ausgeführte, stationäre Drogenentzugstherapie in einer Straf- oder geschlos-

¹ Für viele Entscheidungen RG 62, 369 (385), folgend die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes in BGHSt 1, 318 (322).

² Gerchow: Suchtgefahren, S. 135.

senen psychiatrischen Anstalt den Heilungserfolg herbeiführen.

Festgeschrieben wurde diese prohibitive Einstellung mit der Drogenfreiheit als einzigem und oberstem Therapieziel zuerst in den, die gesamte Ärzteschaft bindenden, Richtlinien des Deutschen Ärztetages 1928 in Danzig, die vorsahen, daß Morphin nach strenger Prüfung des Einzelfalles nur noch verordnet werden dürfe, wenn der Arzt mit anderen Methoden nicht auskomme. "Bei der Behandlung des Morphinsüchtigen in der Praxis" sei es jedoch "die wesentlichste Aufgabe des Arztes" - und damit die einzig anzuwendende Therapiemethode -, "auf möglichst sofortige Einleitung der Entziehungskur zu drängen. Bis zu Beginn der Entziehungskur" solle "der Arzt mit möglichst geringen Dosen von Morphin auskommen"¹. Nachfolgend sind dann diese, zwar noch eine Überbrückungsbehandlung zulassenden, sich aber eindeutig gegen die Substituierungstherapie aussprechenden Richtlinien durch weitere Stellungnahmen der Standesorganisation immer wieder bestätigt worden, z.B. gemäß Ziffer 6 der Leitsätze des deutschen Ärztetages von 1955, wonach die Behandlung Süchtiger nur in geschlossenen Anstalten durchgeführt werden könne, weil eine ambulante Behandlung erfahrungsgemäß erfolglos bliebe und daher gegen die ärztliche Berufspflicht verstieße², so daß sich aufgrund der repressiven und streng prohibitiven Einstellung der deutschen Ärzteschaft keine beschränkte Legalisierungstradition entwickeln konnte.

Allenfalls gegenüber abhängigen Mitgliedern des medizinischen Personals ließ man eine gewisse Freizügigkeit erkennen und duldete inoffiziell hin und

¹ Wanke: Gutachten, S. 28.

² Gerchow: Suchtgefahren, S. 135.

wieder auf kollegialer Basis, trotz der eindeutigen Stellungnahmen und der Gefahr der Strafverfolgung, Morphinverschreibungen. Mitte der fünfziger Jahre ging man dann aber gegen die Verschreibungspraxis vor und süchtige Ärzte wurden kriminalisiert und mit Berufsverboten belegt¹.

bb) Legalisierungsversuche

Mit Beginn der neuen Drogenwelle Ende der sechziger Jahre kamen nun viele Süchtige in die ärztliche Praxis und konfrontierten die Ärzte mit dem Problem, daß sie Opiate verordnet haben wollten. Hierzu entschlossen sich dann einige der niedergelassenen Ärzte, teilweise im Rahmen von Überbrückungsmaßnahmen, bis ein drogenfreier Therapieplatz für ihre Patienten gefunden worden war, teilweise aber auch in der Form einer Erhaltungstherapie aus dem Gedanken heraus, Süchtige, denen sie keinen Therapieplatz oder keine erfolgversprechende Behandlungsmethode anbieten konnten, nicht in die Illegalität zurückzutreiben, sondern ihnen irgendwie helfen zu müssen².

In Hamburg wurden sogar ab 1969 mit Billigung der Gesundheitsbehörden Drogenabhängigen Verpflichtungsbescheinigungen ausgestellt, die es ihnen ermöglichte, sich von niedergelassenen Ärzten Betäubungsmittel verschreiben zu lassen³.

Von September 1976 bis April 1978 behandelte der Arzt und Drogenpsychotherapeut Johannes Kapuste

¹ Eisenbach-Stangl, S. 417; Schlender/Kaplan, S. 36.

² Beil/Günther/Kellermann/Schulz/Trojan, S. 376.

³ Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 275; Eberle, S. 207.

insgesamt 185 der auf 200 Personen geschätzten Fixerszene Münchens. Kapuste führte jedoch kein Methadonerhaltungsprogramm im eigentlichen Sinne durch, sondern seine Behandlung zielte von vornherein darauf ab, nach der Einstellung auf eine Stabilisierungsdosis, diese allmählich über Wochen jeweils um 5-10% zu senken¹.

Mit Genehmigung des niedersächsischen Sozialministers und mit öffentlicher finanzieller Unterstützung versuchte Specht 1973 in Göttingen ein Methadonerhaltungsprogramm durchzuführen. Hierbei stabilisierte er seine Patienten mit offensichtlich zu geringen Dosen, so daß die Therapie fehlschlug. Genauer ist aber über das Projekt nicht bekannt, da bisher keine wissenschaftliche Auswertung erfolgte².

In Anlehnung an die Therapiekonzeption von Dole und Nyswander, wenn auch mit dem Ziel der Drogenfreiheit, das - wie bei der Reduktionstherapie - bereits konkret ins Auge gefaßt worden war, startete Lotze mit behördlicher Erlaubnis und Hilfe des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes zwischen 1971 und 1975 in Hannover ein Pilotprojekt, bei dem er 34 Jugendliche mit Methadon behandelte³. Trotz zunächst berichteter Anfangserfolge⁴ bezeichnete Lotze später

¹ Kapuste, S. 63; ausführlich Scheerer: Therapie als Strafe, S. 89-95.

² Scheerer: Therapie als Strafe, S. 120, 121.

³ Zur Konzeption des Projekts: Krach/Lotze/Peschke/Peter/Rabe/Schönhöfer, S. 289-292.

⁴ Lotze: Suchtgefahren, S. 120: "Das Niedersächsische Jugendberatungszentrum Hannover arbeitet seit über einem Jahr erfolgreich mit der Substituierungstherapie ..."; Lotze/Rabe/Stichtenoth, S. 358-362; Lotze: drogen-report, S. 13-16.

sein Projekt als gescheitert¹ und sprach sich prinzipiell gegen die Einführung einer beschränkten Legalisierung aus².

Die bis heute andauernde ablehnende Reaktion der offiziellen Ärzteschaft und besonders der für die Behandlung Drogenabhängiger zuständigen Drogentherapeuten, Psychiatrieprofessoren und Leiter von psychiatrischen Suchtkrankenhäusern auf die Verschreibung von Methadon in der freien ärztlichen Praxis ließ nicht lange auf sich warten und man wandte sich immer häufiger in der wissenschaftlichen Fachpresse energisch gegen eine Tendenz hin zur beschränkten Legalisierungsdrogenpolitik und speziell gegen jede Form, der in anderen westlichen Staaten als Therapieform anerkannten Methadonerhaltungsprogramme³.

Ebenso wie bereits 1928 und 1955 wurde diese Auffassung dann in verschiedenen, die gesamte Ärzteschaft bindenden Grundsatzverkärungen dokumentiert.

So heißt es in der Stellungnahme der Beraterkommission in Angelegenheiten des Verkehrs mit Suchtstoffen des Bundesgesundheitsamtes in Berlin vom

¹ Krach/Lotze/Peschke/Peter/Rabe/Schönhöfer, S. 289-292.

² Von den Kritikern der Erhaltungsprogramme wird dieses Scheitern, ohne sich mit dem Warum auseinanderzusetzen, immer wieder angeführt, um sich gegen die Zulassung der Erhaltungsprogramme in der Bundesrepublik Deutschland zu wenden (persönliche Mitteilung Beil, August 1980; Beil/Günther/Kellermann/Schulz/Trojan, S. 378). Quensel: Drogenelend, S. 191 weist dagegen daraufhin, daß die Erfolglosigkeit des Hannoveraner Projekts nicht auf die generelle Konzeption der Substituierungstherapie, sondern auf von Lotze verursachte Fehler in der Durchführung zurückzuführen war.

³ Für viele: Krauthan; Herxheimer/Pribilla.

17.05.1973, die im Jahre 1977 erneut bestätigt wurde:

"Die Anwendung von Methadon, Levomethadon, Morphin und anderer morphinähnlich wirkender Stoffe beeinflusst das Suchtverhalten nicht. Deswegen ist deren Anwendung zur Behandlung der Drogenabhängigkeit (Morphintyp) ärztlich nicht begründet. Das therapeutische Ziel der Behandlung eines Drogenabhängigen liegt unverändert in der Überwindung der Drogenbindung. Dieses Ziel läßt sich nur in geeigneten Einrichtungen erreichen. Derartige therapeutische Einrichtungen und ausreichende Möglichkeiten zur stationären Entgiftung müssen so schnell wie möglich geschaffen werden"¹.

Ähnlich lautet Punkt 5 der EntschlieÙung des 81. Deutschen Ärztetages vom 04.11.1978:

"... ambulante Entzüge Heroinabhängiger sind in der Regel nicht kontrollierbar und dann ohne Erfolg. In diesem Zusammenhang ist auch die Verordnung von suchterhaltenden Medikamenten im Sinne eines Erhaltungsprogrammes abzulehnen"².

Ebenso besagt die Stellungnahme der Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung von 1975:

"Nach dem gegenwärtigen Stand zeigt die Substituierungsbehandlung keine wesentlichen Erfolge; sie enthält große Gefahren, daher ist sie nicht zu vertreten"³.

Die Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Hamm, teilt in einer Presseveröffentlichung vom 30.11.1972 mit:

¹ Herxheimer/Pribilla, S. 19.

² Beil/Günther/Kellermann/Schulz/Trojan, S. 378.

³ Wanke: Gutachten, S. 30, 31.

Die DHS "warnt vor der hier und dort propagierten Methadon-`Behandlung` Opiatabhängiger. Es kann keinen Zweifel daran geben, daß Methadon ein echtes Suchtmittel ist und von einer Methadon-`Behandlung` keine Rede sein kann"¹.

Gestützt auf diese Stellungnahmen erfolgte nun eine Kriminalisierung der Opiate verschreibenden niedergelassenen Ärzte durch die Instanzen der formellen Sozialkontrolle. Sie wurden verurteilt² mit dem Vorwurf, Betäubungsmittel medizinisch nicht indiziert angewandt zu haben. So sei "es mit den Aufgaben des Arztes, zu heilen, nicht zu vereinbaren, lediglich die sekundären Folgen einer Krankheit zu bekämpfen und sich mit Linderung anstelle von Heilung zu begnügen. Letzteres sei nur dann möglich, wenn eine Heilung überhaupt nicht möglich sei. Das ärztliche Ethos gebiete es dem Arzt, vornehmlich und ausschließlich die Heilung des Kranken anzustreben, soweit diese möglich erscheine. Sich hier nur mit Linderung zu begnügen, hieße nichts anderes, als der Krankheit weiter Raum zu geben, ihrer Ausbreitung freien Lauf zu lassen, ihrer Manifestierung nichts entgegenzusetzen, oder, mit anderen Worten: den Patienten seiner Krankheit auszuliefern. Denn an einer Krankheit leiden, ist ja kein statischer Zustand, sondern ein dynamischer Prozeß, und wenn die Krankheit nicht bekämpft wird, so wächst sie und breitet sich aus und ergreift Besitz. Deshalb kann Linderung anstelle von Heilung nur angezeigt sein, wenn es außer ihr nichts gibt"³.

¹ Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren, S. 119.

² Urteil des LG Marburg vom 28.02.1978 (2 LS 16/76-NS); Urteil des LG Koblenz vom 11.12.1978 (102 JS 6435/77-9 KLS); Urteil des LG Berlin vom 19.01.1977 (10 PLS 344/75-NS-(18/76)-396/75).

³ Wanke: Gutachen, S. 20; ebenso: Klemm, S. 141, 142.

In einem rechtskräftigen Urteil des LG Augsburg¹ vom 26.01.1977 heißt es hierzu ausführend:

"Der Angeklagte hat bei seinen Verschreibungen ausschließlich in dem Bestreben gehandelt, den Patienten X von dessen Drogensucht zu befreien, hat aber gewußt, daß er, der Angeklagte, bei der von ihm angewandten Therapie gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst verstößt. Der Angeklagte hat zwar nicht angenommen, daß es sich bei X um einen Polytoxikomanen handelt, hat diese Möglichkeit aber bewußt auch nie völlig ausschließen können. Der Angeklagte hat dem Patienten X anfangs wiederholt eindringlich angeraten, sich in eine Entziehungsanstalt zu begeben. Diese Bemühungen hat der Angeklagte schließlich jedoch eingestellt, da der Patient stets kategorisch mit der Erklärung abgelehnt hat, daß für ihn ein Aufenthalt in einer der in Frage kommenden Entziehungsanstalten sinnlos sei, und weil ihm, dem Angeklagten, die geringen Erfolgschancen einer stationären Entziehungskur bekannt gewesen sind. Der Angeklagte hat den Patienten X wenigstens insoweit überwacht, als er diesen immer wieder auf Injektionseinstiche überprüft hat, solche jedoch in keinem Falle hat feststellen können. (...) Der Angeklagte hat den Patienten kostenlos behandelt und diesen in eine Arbeitsstelle vermittelt.

Durch sein Tatverhalten hat sich der Angeklagte, wie schon vom Erstgericht zutreffend festgestellt, eines fortgesetzten Vergehens der Verschreibung von Betäubungsmitteln ohne ärztliche Begründetheit gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 9a BtMG schuldig gemacht.

Auf Grund eines einheitlichen Gesamtvorsatzes hat der Angeklagte als Arzt dem Patienten X fast ein

¹ Az: NS 35 JS 56/74.

ganzes Jahr lang laufend das Betäubungsmittel A verschrieben.

Die laufenden Verschreibungen dieses Mittels sind ärztlich nicht begründet gewesen. Zumindest schon soweit das in Rede stehende Mittel über eine Übergangszeit von höchstens drei Monaten hinaus verschrieben worden ist, hat diese Therapie, wie der Angeklagte gewußt hat, ganz eindeutig gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen. Darüber hinaus stellt jede Verabreichung von abhängigkeiterzeugenden Mitteln oder entsprechenden Rezepten zu Händen bereits Abhängiger, wie der Angeklagte ebenfalls gewußt hat, einen ärztlichen Kunstfehler dar. Dies ist auch, wie der Sachverständige, Prof. Dr. med. Y, überzeugend dargelegt hat, in allen deutschen medizinischen Zeitschriften spätestens seit 1973 unmißverständlich vertreten worden.

Der vorhanden gewesene Wille des Angeklagten, den Patienten von seiner Drogensucht zu befreien, und die bloße Hoffnung, dieses Ziel, bewußt entgegen den anerkannten Regeln ärztlicher Kunst, durch eine über ein Jahr lang laufend erfolgende Verschreibung (...) zu erreichen, entbindet den Angeklagten nicht von dem Vorwurf, dabei billigend in Kauf genommen zu haben, durch diese Behandlung, wie tatsächlich geschehen, laufend gegen das BtMG zu verstoßen¹.

Auch Kapustes Methadonverschreibungen blieben von den Strafverfolgungs- und Gesundheitsbehörden nicht unbeachtet, und er wurde aufgrund ihn belastender Gutachten in zwei Instanzen verurteilt. Erst die Revision beim Bundesgerichtshof führte zu einer Korrektur und Zurückweisung der vorinstanzlichen

¹ SWOAD: Anhang III; kommentierend zitiert Wanke: Gutachten, S. 19, 20.

Rechtsprechung¹. In seiner Urteilsbegründung stellte der Bundesgerichtshof fest, daß sich die Verschreibung von Betäubungsmitteln zum Zwecke der Entziehungskur noch straffrei sei, wenn der Arzt den Gebrauch überwache und einem unkontrollierten Gebrauch entgegenwirke. Damit dürfte höchststrichterlich entschieden sein, daß zumindest eine ambulante Entzugsbehandlung mit Methadon im Sinne einer Reduktionstherapie medizinisch indiziert sein kann. Bewußt offen ließ der Bundesgerichtshof aber die Frage der strafrechtlichen Einordnung der Methadonerhaltungstherapie², und ob die medizinische Indiziertheit dieser Therapie nach der Meinung der deutschen Standesorganisation oder der internationalen Sachverständigen zu beurteilen ist³.

Diese Rechtsunsicherheit und die rigorose und eindeutige Verurteilung Opiat verschreibender Ärzte durch die Untergerichte führte schließlich dazu, daß in der Bundesrepublik Deutschland jegliche beschränkten Legalisierungsversuche abgebrochen wurden und Ärzte, um nicht ihre Existenz und ihren Beruf aufs Spiel zu setzen, bei Süchtigen keine Substituierungsbehandlung mehr durchführten.

Ungeklärt ist auch, welche Chance die beschränkte Legalisierung besitzt, von den politisch Verantwortlichen als ein Element in ihre unter dem Stichwort "Therapie statt Strafe" propagierte neue Drogenpolitik miteinbezogen zu werden, und ob sie somit ohne strafrechtliche Konsequenzen als Therapie angewandt werden kann.

¹ Urteil des BGH vom 08.05.1979 - 1 StR 118/79 - in: Neue Juristische Wochenschrift 1979, S. 1943.

² Kreuzer: Neue Juristische Wochenschrift 1979, S. 2358.

³ Wagner, S. 54-57.

Bisherige Vorschläge in diese Richtung stießen jedoch auf heftige Kritik¹. Der dritte Bundesdrogenkongreß Anfang 1980 in Frankfurt, auf dem drei Tage lang 500 Drogenexperten auf Einladung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes das Für und Wider der Methadonprogramme diskutierten, sprach sich mehrheitlich gegen eine Einführung aus². Angesichts des Einflusses dieser Suchtfachleute, die mit ihrer Fachkompetenz die Entscheidungen der Ministerialbürokratie abdecken, dürfte mit einer Hinwendung zu einer beschränkten Legalisierungspolitik in absehbarer Zeit nicht zu rechnen sein. Ob dies aber gerechtfertigt erscheint, könnte angesichts der bisher in anderen Ländern gemachten Erfahrungen bezweifelt werden.

2. Kriminalitätsreduzierung und beschränkte Legalisierungsprogramme

Als größten Vorteil von der Einführung eines beschränkten Legalisierungskonzeptes versprach sich die politische Führung der Staaten, die sich für ein Erhaltungsprogramm entschieden, eine umfassende Rehabilitation des Süchtigen und damit auch primär eine drastische Zurückdrängung der ansteigenden Rauschgiftkriminalität³ und deren gesellschaftlicher Folgekosten.

¹ Der Spiegel 1980, S. 57: "Doch so patent sich Baums Rezept ausnimmt - von Fachleuten wird es zur Makulatur erklärt. Die SPD-Bundestagsabgeordnete Frolinde Balser hält die Methadon-Idee für einen 'tragischen Trugschluß', für den Drogenspezialisten Deissler ist sie gar 'Ausdruck zynischer Resignation'".

² Huncke, S. 26.

³ SWORD, S. 21; Baridon, S. 81; Martin, S. 27.

So ließ man sich besonders in den USA von der Überlegung leiten, daß ein Süchtiger zur Finanzierung seiner Sucht täglich Heroin in einem Schwarzmarktwert von 30 \$ benötige. Hierzu müsse er bei den gängigen Hehlerpreisen täglich Waren im Werte von 100 - 300 \$ zusammenstehlen. Ein einzelner Süchtiger begehe somit jährlich schätzungsweise kriminelle Delikte mit einer Schadenshöhe von circa 30.000 \$¹. Nach Mutmaßungen amerikanischer Politiker, insbesondere des ehemaligen Senators und Außenministers unter Carter E.S. Muskie, sollen danach allein 50% der in den städtischen Ballungsgebieten begangenen Delikte in einem direkten Ursachenzusammenhang mit der Abhängigkeit Süchtiger stehen². Diese Kriminalität des Süchtigen und die dadurch verursachten Kosten für die Reaktion der Instanzen der sozialen Kontrolle - selbst wenn man die Schäden, die durch entkriminalisiertes sozialabweichendes Verhalten ebenfalls entstehen, außer acht läßt -bürden der amerikanischen Gesellschaft Belastungen in Milliardenhöhe auf³. Demgegenüber müssen für die Resozialisierung eines Süchtigen, der dann keine Straftaten mehr zum Erhalt seines Rauschgiftes zu begehen braucht, allenfalls auch bei intensiver begleitender Sozialbetreuung nur 1.500 \$ jährlich aufgebracht werden⁴.

Schon allein aufgrund dieses Kostenvergleichs erschien eine beschränkte Legalisierung für die politisch Verantwortlichen ein geeignetes und brauchbares Mittel, um das sich immer mehr verschärfende

¹ Burchard, S. 501.

² Greenberg/Adler, S. 222; Pomeroy, S. 24.

³ Nach Trebach, S. 169 soll der Wert der jährlich von Süchtigen in den USA gestohlenen Güter zwischen 3 und 6 Milliarden US Dollar liegen.

⁴ Burchard, S. 501.

Rauschgiftkriminalitätsproblem in den Griff zu bekommen.

Ob nun aber entsprechend dem Grundkonzept dieser antiprohibitiven Politik, das den Süchtigen durch eine legale Versorgung mit Rauschgiften von dem Zwang befreien wollte, seine Sucht durch kriminelle Aktivitäten finanzieren zu müssen, tatsächlich dessen Kriminalität und damit die volkswirtschaftlichen Folgelasten verringert worden sind, wird in den wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit dieser Drogenpolitik, trotz fast sechzehnjähriger Erfahrung in den USA und einer noch längeren in Großbritannien und der Veröffentlichung zahlreicher Untersuchungen und Studien nicht einheitlich beurteilt, sondern es ist vielmehr zu einer Polarisierung der Standpunkte zwischen den Kritikern des "legal approach" und seinen Verfechtern gekommen, ohne daß eine Aussicht auf Annäherung bestehen würde¹.

So prallen denn z.B. folgende kontroversen Ansichten aufeinander:

Für Bourne ist die kriminalitätsreduzierende Wirkung der Methadonerhaltungsprogramme mit Hinweis auf die Erfolgsergebnisse zahlreicher Evaluationsstudien eine objektive Tatsache, die anerkannt werden muß².

Heckmann dagegen bezeichnet die Eindämmung der Kriminalität als eine "Mähr"³.

¹ Zur Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland siehe: Moebius, S. 51, 52.

² Bourne: Methadone, S. 7.

³ Heckmann, S. 44.

Kreuzer wiederum sieht in der umfassenden Dissozialität des jungen Fixers den Grund dafür, daß sich die Rauschgiftkriminalität durch eine beschränkte Legalisierung kaum beeinflussen läßt¹. Eine Kriminalitätsreduzierung ließe sich allenfalls auf der Basis des widerlegten Ansatzes der Labelingtheorie vertreten².

Wanke kommt in seinem Gutachten, das er anlässlich des Strafprozesses gegen Kapuste im Auftrage der Staatsanwaltschaft erstellte, abschließend zu der Auffassung, daß die Substituierungsbehandlung keine wesentlichen Erfolge gezeigt habe, die Ergebnisse seien durchweg unbefriedigend und selbst vorsichtige Befürworter könnten keine überzeugenden Erfolgszahlen vorweisen³.

Nach Riedesser kann die heroinbedingte Kriminalität nur kurzfristig gesenkt werden. Dieser Vorteil würde aber dadurch aufgehoben, daß ein neuer grauer Markt mit legalen Opiaten aus den Erhaltungsprogrammen entstehe⁴. Weiterhin fördere jede antiprohibitive Politik eine Erhöhung der Süchtigenzahlen⁵.

Eine detaillierte Analyse der möglichen und bisher bereits manifestierten Erfolge bzw. Mißerfolge der

¹ Kreuzer: Suchtgefahren, S. 109; Kreuzer/Gebhard/Maassen/Stein-Hilbers, S. 249.

² Kreuzer: Suchtgefahren, S. 103; ders.: Drogen und Delinquenz, S. 274.

³ Wanke: Gutachten, S. 30, 39, 60 mit weiteren Hinweisen.

⁴ Riedesser, S. 676.

⁵ In Anlehnung an Bejerot: Remschmidt, S. 358; Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 273; ders.: Suchtgefahren, S. 104.

beschränkten Legalisierung auf sämtlichen Bereichen der Rauschgiftkriminalität soll nun aufzeigen, welcher der teilweise nur pauschaliert vorgetragenen Auffassungen zu folgen ist.

a) Auswirkungen der beschränkten Legalisierung
auf die Kriminalität des Handels

aa) Großhandel und schwarzer Markt

Jede beschränkte Legalisierung, die die Nachfrage der Süchtigen nach Opiaten staatlich legal befriedigt, entzieht durch dieses frei zugänglichere, billigere und bessere Konkurrenzangebot dem schwarzen Markt potentielle Kunden und tangiert damit die ökonomische Basis des organisierten Großhandels.

In welchem Umfang hierdurch der schwarze Markt und der Einfluß des organisierten Verbrechens reduziert werden können, hängt zum einen davon ab, wieviel Süchtige von diesem Angebot Gebrauch machen, und zum anderen davon, inwieweit die verbleibenden Konsumenten indirekt, etwa über einen bestehenden grauen Markt von abgezweigten legalen Opiaten, sich dem Einfluß des organisierten Verbrechens entziehen können und von der staatlichen Abgabe mitprofitieren.

Zunächst dürfte zu vermuten sein, daß jeder Süchtige, dessen Leben einzig und allein darauf konzentriert ist, das Rauschmittel zu erhalten, wozu ihm jedes Mittel Recht erscheint, auf das staatliche Substitutionsangebot eingehen wird, zumal er nunmehr - anders als beim Straßenheroin - die Qualität des legalen Opiats kennt und er keine gesundheitlichen Risiken mehr auf sich zu nehmen braucht. Außerdem

braucht er beim Erwerb nicht mehr die hohen Schwarzmarktpreise zu bezahlen.

Eine solche Entwicklung, die fast sämtliche Süchtigen erfassen würde, dürfte allerdings nur bei einer freien Heroinabgabe, etwa in der Form des alten "British System", bei dem jeder Arzt entsprechend der Nachfrage uneingeschränkt Opiate verschreiben konnte, eintreten. Dieses Abgabesystem mit legalem Heroin und dem Ziel einer totalen staatlichen Suchtbefriedigung bot vor 1968 dem organisierten Verbrechen keine Chance, mit harten Drogen Geschäfte zu machen, und es konnte sich deshalb in ganz Großbritannien kein illegaler schwarzer Markt etablieren¹. Selbst Konsumenten, denen wegen ihrer Nichtsüchtigkeit eine Verschreibung vorenthalten wurde, oder solche, die durch Arztbesuch ihre Sucht nicht sozial sichtbar machen wollten, konnten genügend Heroin billig und zu jeder Zeit ohne Schwierigkeiten auf einem grauen Markt erwerben², so daß sie für das organisierte Verbrechen als Käuferschicht nicht in Betracht kamen.

Schon bei einer freieren Methadonabgabe durch Ärzte ohne Einschränkungen ist zu vermuten, daß sich der Kreis der erreichbaren Süchtigen einschränken würde³. Methadon entwickelt nämlich bei der Einnahme keine euphorisierende Wirkung und ist wegen des fehlenden Gefühlserlebnisses für einige Süchtige unattraktiv. Ferner spielt für den Süchtigen oftmals das Drogenritual und die Applikationsform des Spritzens eine ebenso bedeutende Rolle wie der Konsum selbst. Durch die orale Einnahme des Methadons wird dies aber ausgeschaltet. Eine Anzahl der Süchtigen

¹ Edwards in: West, S. 4, 5 mit weiteren Hinweisen.

² Ders., S. 4.

³ SWOAD, S. 14; Trebach, S. 162, 163, 170.

wird deshalb Methadon nur als Kompensationsmedikament benutzen wollen, um bei schlechter Versorgungslage das Entzugssyndrom zu überbrücken. Andere überwiegend Methadon konsumierende Süchtige dagegen werden sich nur hin und wieder Heroin erlauben (Sonntagsschuß), weil sie das typische Heroin- und Nadelgefühl spüren müssen.

Ungeklärt ist allerdings, wie groß die Gruppe der nichtsüchtigen Konsumenten und der überwiegend Methadon ablehnenden Heroinkonsumenten sein wird und im welchem Ausmaße Methadonpatienten zusätzlich Heroin konsumieren, da bisher in Staaten mit beschränkten Legalisierungskonzepten keine freie Methadonabgabe als gewolltes Gesamtkonzept praktiziert worden ist und somit keine Studien oder Erfahrungen über die schrumpfenden Auswirkungen solcher Strategien auf den schwarzen Markt vorliegen. Es ist aber aufgrund der Umstände, daß Süchtige einen geregelten Heroinkonsum unter der Schwarzmarktsituation nur schwerlich aufrechterhalten können und deshalb oftmals verzweifelt nach Ersatzstoffen suchen, wahrscheinlich, daß der Schwarze Markt zwar nicht total, aber sicherlich um mehr als die Hälfte reduziert werden könnte.

Einen weitaus geringeren Einfluß auf den Schwarzen Markt dürften die bisher durchgeführten Erhaltungsprogramme ausüben, bei denen Heroin oder Methadon im Rahmen einer therapeutischen Konzeption unter Aufsicht und mit Kontrollen an Süchtige verabreicht wird. Diese Auffassung wird jedoch von dem Münchener Drogentherapeuten Kapuste nicht geteilt, der auch schon bei der Durchführung von Erhaltungsprogrammen aufgrund eigener Erfahrungen ein Zusammenbrechen des schwarzen Heroinmarktes voraussagt. Er begründet seine These mit den verletzlichen ökonomischen Bedingungen des illegalen Heroinmarktes, der bereits

bei einer kleinen Anzahl von Teilnehmern an der Methadonbehandlung empfindlich gestört würde.

Von September 1976 bis April 1978 behandelte Kapuste den größten Teil der auf insgesamt 200 Personen geschätzten Fixerszene Münchens. In der Zeit von der 11. bis zur 23. Woche ab Beginn der Methadonbehandlung befanden sich 29 Patienten in seiner Behandlung. Diese Patienten brauchten sich nicht mehr vom Schwarzen Markt zu versorgen, da - legt man einen Geldbedarf von 125,- DM/Tag und Süchtigen zugrunde - dem Handel 15.000,- DM an Einnahmen fehlten. Infolge der verringerten Nachfrage ging den süchtigen Dealern ihre finanzielle Grundlage verloren und sie begaben sich ebenfalls in Behandlung. Dies bewirkte wiederum eine Störung des Verteilersystems und eine Verknappung des Angebots, was andere Süchtige nach Verbrauch ihrer Heroinvorräte zur Teilnahme an der Methadontherapie zwang¹.

Zunächst einmal dürfte Kapuste zuzugestehen sein, daß ein lokaler Heroinmarkt durch ein Methadonangebot kurzfristig gestört werden kann und die von ihm beschriebene Verringerung eintritt. Diesem werden sicherlich eingangs ein Teil der Kunden entzogen. Auch in den USA konnte beobachtet werden, daß zumindest ein Großteil der Süchtigen bei der Einrichtung eines Methadonprogramms Kontakt zu diesem sucht². Kapuste übersieht aber, daß es nach anfänglichen und vorübergehenden Eindämmungserfolgen schnell wieder zu einer Stabilisierung des Schwarzen Marktes kommt, wenn noch weiterhin große süchtige Konsumentengruppen teilnehmen. So erfordert die Teilnahme an Erhaltungsprogrammen von den Süchtigen die Bereitschaft, den Lebensstil als Junkie aufzugeben und

¹ Kapuste, S. 64.

² Goldstein, S. 291.

sich als Patient einer sozialtherapeutischen Konzeption zu unterwerfen und bestimmte Regeln einzuhalten¹. Diese Motivation zur Umkehr und Resozialisierung und zur Kooperation ist nicht bei allen Süchtigen vorhanden. Neben dieser Gruppe der Ablehner einer sozialtherapeutischen Behandlung oder des Methadons als Substitutionsdroge werden ferner Programmabbrecher, nicht in das Programm aufgenommene Süchtige und auch weiterhin Schwarzmarktheroin konsumierende Programmteilnehmer noch ein ausreichend großes Kundenpotential bilden, um angesichts der enormen Profite einen Schwarzmarktgroßhandel aufrechtzuerhalten. Auch in den USA gelang es trotz der massiven Einführung von Methadonprogrammen nicht, den Schwarzen Markt in seiner Gesamtheit zu eliminieren. In Großbritannien konnte man ebenfalls mit der Einführung des neuen "British System", das die Opiatabgabe mit einer größeren Kontrolle und einer therapeutischen Konzeption verband, die Etablierung eines Schwarzen Marktes nicht verhindern², und es wurde nunmehr bis dahin nicht bekanntes chinesisches Heroin in Pulverform³ zu Schwarzmarktpreisen wie in den USA angeboten⁴.

Gleichwohl sollte nicht verkannt werden, daß durch die Programme sicherlich, wie Schätzungen und Untersuchungen bezeugen, im ungünstigsten Falle 10-15%⁵, oder günstiger 25%⁶, 33%⁷, 50%⁸ der derzeit süchti-

¹ Bayer: Law und Society, S. 305.

² Offenbach/Dolan, S. 146, 147; Edwards: British Journal of Psychiatry, S. 7.

³ Edwards, in: West, S. 10.

⁴ Olson, S. 11.

⁵ Moebius, S. 49.

⁶ Nell, S. 54.

⁷ Hunt/Zinberg, S. 5.

gen Konsumenten erfaßt werden können. Diese Süchtigen werden dem schwarzen Markt als Hauptkunden entzogen und um diesen Anteil verringern sich die Gewinne des organisierten Verbrechens. Dabei wird der Verlust um so größer, je unbürokratischer und repressionsfreier Erhaltungsprogramme gehandhabt und je vielfältiger Wiedereingliederungshilfen angeboten werden.

bb) Kleinhandel

Kaum verlässliche Aussagen können über eine Reduzierung des Kleinhandels der Süchtigen durch ihre Teilnahme an beschränkten Legalisierungsprogrammen getroffen werden. Empirische Untersuchungen⁹, die sich mit dem Problem des Kriminalitätsrückganges solcher Programme befassen, unterscheiden häufig nicht zwischen einzelnen Deliktsgruppen. Erfolgt dennoch eine Deliktseinteilung, so wird im Bereich der unmittelbaren Drogenkriminalität nicht zwischen dem Konsum und dem Kleinhandel differenziert.

Da dem Kleinhandel wie der Beschaffungs- und der Gesamtkriminalität die gleichen Motive und Ursachen zugrundeliegen, kann die Frage des Einflusses der beschränkten Legalisierungsprogramme auf den Kleinhandel zunächst offenbleiben und dann abschließend bei diesem Fragenkomplex mitbeantwortet werden¹⁰.

⁸ DeLong, S. 233; Edwards: British Journal of Psychiatry, S. 3; McGlothlin/Tabbush, S. 90; noch positiver Scheerer: Therapie als Strafe, S. 104-106.

⁹ Jacobs/Doft/Koger, S. 51-58 und Lukoff, S. 145-147 deuten aber auf eine Abnahme der unmittelbaren Drogenkriminalität hin.

¹⁰ Siehe S. 190ff der Arbeit.

cc) Das Entstehen eines grauen Marktes

Als einer der Hauptvorwürfe wird gegen eine beschränkte Legalisierungspolitik immer wieder von ihren Gegnern vorgebracht, daß es bei den bisherigen Modellen noch nicht gelungen sei, die Abgabe effektiv zu kontrollieren. Vielmehr würden Süchtige Teile ihrer legalen Erhaltungsdosis an nicht von einer beschränkten Legalisierung erfaßte Konsumenten verkaufen oder verschenken, so daß sich neben dem Schwarzen Markt noch eine grauer etablieren würdel¹. Durch diese zusätzliche Vermehrung des illegalen Drogenangebotes gieße der Staat "Öl ins Feuer" und lasse durch die damit verbundene Ausdehnung des Drogenkonsums und des Kriminalitätspotentials neue Gefahren für die Gesellschaft entstehen, anstatt das epidemische Drogenproblem durch eine strikte Verknappung des Angebotes zu lösen.

Grundsätzlich wird man auch im Hinblick auf die in den Staaten mit beschränkter Legalisierungspolitik gemachten Erfahrungen den Vorwürfen zugestehen müssen, daß ein Handel mit den legalen Opiaten nicht auszuschließen ist, wenn Süchtige die Möglichkeit zur Selbstapplikation und Selbstdosierung erhalten. Dieser graue Markt dürfte umso größere Ausmaße annehmen, je freizügiger in der Menge und unkontrollierter in der Abgabe eine beschränkte Legalisierung durchgeführt wird. So war es denn auch nicht verwunderlich, daß in Großbritannien vor 1968 billiges Klinikheroin in ausreichenden Mengen von anderen Konsumenten erworben werden konnte, weil den Süchtigen ohne Schwierigkeiten die von ihnen gewünschte Menge verschrieben wurde und diese, um sich eine Einkommensquelle zu erschließen, die nicht benötig-

¹ Keup: Suchtgefahren, S. 122; Herxheimer/Pribilla, S. 18; Moebius, S. 49.

ten Überschußmengen weitergaben¹. Hauptanliegen der neueren britischen Drogenpolitik war es deshalb auch, diesen Mißbrauch einzudämmen, und eine Abgabe der Opiate nur durch speziell lizenzierte "Drug Treatment Centers" zu erlauben. Eine Austrocknung des grauen Marktes scheint, zumindest was das frühere Ausmaß des Problems betrifft, gelungen zu sein, wofür als Indiz der sofortige Anstieg der Schwarzmarktpreise nach Einführung dieser Maßnahme sprechen könnte².

Auch in den USA, wo man dem Problem der illegalen Abzweigung, anders als in Großbritannien, in der öffentlichen Auseinandersetzung und Kritik immer eine erhöhte Aufmerksamkeit schenkte, wurde nach der generellen Zulassung der Methadonerhaltungsprogramme als einer erlaubten Form der Drogentherapie Methadon in größerem Umfange auf der Straße angeboten³. Belegt werden kann dies unter anderem durch zahlreiche Studien. Weppner stellte z.B. fest, daß 43% (145 von 336) der Süchtigen, die sich 1971 in Lexington in Behandlung begaben, bereits Erfahrungen mit illegal erworbenem Klinikmethadon gesammelt hatten⁴. In einer Nachfolgestudie, ein Jahr später, waren es dann schon immerhin 52%⁵.

Einige Autoren führen das Entstehen dieses grauen Methadonmarktes primär auf anfängliche Schwierigkeiten bei der sich explosionsartig entwickelnden Etablierung der ersten Methadonprogramme zurück, als man versuchte, möglichst schnell möglichst viele

¹ Zinberg/Robertson, S. 126, 127.

² Bewley, S. 599.

³ Bourne: Methadone, S. 15.

⁴ Weppner/Stephens/Conrad, S. 451-455.

⁵ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 237.

Süchtige den Programmen zuzuführen, um die bestehenden Wartelisten abzubauen, und dabei auch aufgrund mangelnder Erfahrung zu laxen Kontrollen durchführte¹. Insbesondere wurden den Süchtigen freizügig Take-home-Privilegien mit hohen Dosen eingeräumt, vor allem durch frei praktizierende Ärzte und private Kliniken, die sich, um einen hohen Profit zu erzielen, zu reinen Abgabestationen entwickelten². Durch mangelnde Registrierung war es einigen Süchtigen ferner möglich, an verschiedenen Methadonprogrammen gleichzeitig teilzunehmen und die doppelte Menge Methadon zu erschleichen³. Eine größere Menge Methadon gelangte durch Einbrüche und Überfälle auf ungesicherte Methadonkliniken und korruptes Klinikpersonal⁴ auf den grauen Markt⁵.

Ungeklärt ist allerdings, ob nun die daraufhin von der FDA angeordneten Kontrollen (Richtlinien über die Take-home-Privilegien, die Dosis und die Einnahmemodalitäten, Mindestanforderungen an die Ausgestaltung der Programme, Sicherung der Methadonvorräte)⁶ zu einer Überwindung der Anfangsschwierigkeiten und damit zu einer gewissen Reduzierung des illegalen Methadonangebotes geführt haben.

Greene, der in einer Untersuchung nach Einführung der Kontrollmaßnahmen sinkende Methadontodesfälle, sinkende Sicherstellung von illegalem Klinikmethadon durch die Polizei und einen reduzierten Nachweis von

¹ DeLong, S. 227; Greene/Brown/Dupont, S. 224, 225.

² Bourne: Methadone, S. 15; Greene/Brown/Dupont, S. 225.

³ Gubar, S. 18.

⁴ Lowinson/Alksne/Langrod, S. 122.

⁵ DeLong, S. 227.

⁶ Morell, S. 246-253.

Methadon in dem Urin inhaftierter Süchtiger in Washington feststellte, kommt jedenfalls zu positiven Schlußfolgerungen¹. Bestätigt wird dies, wenn auch nur teilweise, durch die Studie von Lowinson². Zu schlechten Ergebnissen gelangte aber eine andere Vergleichsstudie. Speziell um die Effizienz der Kontrollmaßnahmen zu überblicken, befragte man in sechs Städten zunächst in den Jahren 1972-73 und dann in den Jahren 1974-75 Konsumenten, welche illegalen Drogen sie in der letzten Woche gebraucht hätten. Immerhin waren es bei der ersten Befragung 19% von 356 Personen und bei der zweiten sogar 46% von 599, die Methadon konsumiert hatten³. Die Untersuchung zeigte aber auch, daß es große regionale Unterschiede hinsichtlich der Verbreitung des illegalen Methadonkonsums gibt, und zwar in einer Spannweite von 63,9% (Philadelphia) bis 26,0% (St. Louis)⁴, wodurch auch die verschiedene Organisations- und Kontrollform der einzelnen Programme zum Ausdruck kommt. Folglich können deshalb nur schwerlich verlässliche globale Aussagen über die gesamte in den USA illegal gehandelte Methadonmenge und die Häufigkeit des Konsums getroffen werden. Die allgemeine Reichweite des Problems bleibt im Dunkeln und kann je nach Standpunkt und regionalem Beispiel unterschiedlich bewertet werden⁵.

Trotz dieser Unklarheiten muß jedoch unbestritten eingeräumt werden, daß in den USA ein grauer Metha-

¹ Greene/Brown/Dupont, S. 221-226.

² Lowinson/Alksne/Langrod, S. 121.

³ Martin, S. 13-17.

⁴ Ders., S. 17.

⁵ Den Konsum schätzen gering ein (Goldman/Thistel, S. 860, 861); sporadisch (Greene/Brown/Dupont, S. 223, 224); sehr häufig (Martin, S. 28, 29).

donmarkt besteht¹. Das dort angebotene Methadon stammt überwiegend aus den Erhaltungsprogrammen², da es in Form und Aussehen (nicht injizierbar, flüssig und mit Saft vermischt) mit dem Klinikmethadon identisch ist³ und es bisher auch noch keine Anzeichen dafür gab, daß das organisierte Verbrechen sich an dem Handel mit Methadon beteiligte⁴.

Herausgeschmuggelt wird das Klinikmethadon zum Teil durch Speicherung im Mund, was aber mittlerweile in den meisten Kliniken durch Nachtrunk und Nachschau verhindert wird. Der größte Anteil dürfte daher von den Take-home-Dosen herrühren⁵. Diese werden von den Süchtigen verkauft oder getauscht, um in den Besitz von euphorisierenden Drogen zu gelangen, oder aber es wird nur so viel davon abgezweigt⁶, daß ihnen insbesondere bei Programmen, die ihre Patienten auf hohe Methadondosen einstellen⁷, noch genügend verbleibt, um das Entzugssyndrom einigermaßen erträglich zu überbrücken.

Selbst wenn die Erfahrungen in den USA nun zeigen, daß eine beschränkte Legalisierung als legale Bezugsquelle das illegale Drogenangebot vermehrt, so reicht jener Nachteil für sich allein genommen noch nicht aus, um eine Legalisierungspolitik abzulehnen, da er sich nicht so sehr als ein prinzipielles Problem der beschränkten Legalisierung, sondern mehr

¹ Agar/Stephens, S. 386.

² Martin, S. 14, 17; Agar/Stephens, S. 386.

³ Gubar, S. 18.

⁴ Greene/Brown/Dupont, S. 222, 225.

⁵ Agar/Stephens, S. 385; Goldman/Thistle, S. 856; Gubar, S. 18.

⁶ Agar/Stephens, S. 385; Gubar, S. 18.

⁷ Agar/Stephens, S. 385.

ihrer Durchführung und Ausgestaltung darstellt¹ und durch geeignete Kontrollmaßnahmen verringert bzw. ausgeschaltet werden kann.

Ferner ließe sich auch der Standpunkt vertreten, daß es für die Gesamtsituation der von einer beschränkten Legalisierung nicht erfaßten, aber über den grauen Markt mitprofitierenden Süchtigen besser sei, abgezwigtes legales Methadon als Opiat vom Schwarzen Markt zu konsumieren. So kämen sie in den Genuß einer höherwertigen Qualität, obwohl natürlich auch bei Opiaten vom grauen Markt die Möglichkeit der Verunreinigung besteht und Fälle von verdünnt angebotenem Klinikmethadon schon aufgetreten sind². Entscheidender dürfte für die nicht legalisierten Süchtigen der Preisvorteil sein, weil nunmehr die enormen Profitspannen des organisierten Verbrechens entfallen. Methadon kostet auf der Straße weitaus weniger als Heroin³, und britisches Heroin vom grauen Markt war 1968 selbst bei Berücksichtigung der Teuerungsrate billiger als Schwarzmarktheroin heute in Großbritannien. Dadurch wird der Süchtige in die Lage versetzt, für seine Suchtunterhaltung z.B. nur noch 5 anstatt 30 Dollar täglich ausgeben zu müssen, und er kann entsprechend seine Beschaffungskriminalität senken⁴. Zudem führt das Angebot legal abgezwigter Opiate zu einem Preisverfall bei dem illegalen Angebot, und der Marktanteil des organisierten Verbrechens verschiebt sich zugunsten des grauen Marktes. Die Macht des Marktes wäre damit nicht mehr nur in den Händen weniger preisdiktierender Monopole, sondern bei vielen verschiedenen Süch-

¹ Schönhöfer, S. 191.

² Lowinson/Alksne/Langrod, S. 121.

³ Bazell, S. 772.

⁴ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 246.

tigen, die - aus kriminellen Abhängigkeitsverhältnissen befreit - für ein konstantes Angebot und für einen stabilen Preis sorgen könnten¹.

Mag das Bestehen eines grauen Marktes somit durchaus positive begrüßenswerte Effekte besitzen, so darf seine Auswirkung auf die Konsumkriminalität und insbesondere auf den Anstieg der Süchtigenzahlen und Todesfälle nicht übersehen werden.

b) Auswirkungen der beschränkten Legalisierung
auf die Konsumkriminalität

aa) Anstieg der Süchtigenzahlen

Im Gegensatz zu einer reinen Entkriminalisierungspolitik, die lediglich den Drogenkonsumenten nicht mehr strafrechtlich belangt und keine Auswirkungen auf die Süchtigenzahlen hat, könnte die beschränkte Legalisierung, wie von Kritikern behauptet wird², eine Zunahme der Konsumkriminalität verursachen.

Die allgemeine Entstigmatisierung des Heroins durch die staatlich tolerierte Abgabe vermag jedoch nicht, anders als dies bei einer totalen Legalisierung der Fall sein würde, das Negativimage des Heroinkonsums zu beseitigen und bei einer größeren Anzahl jugendlicher das Bedürfnis zu wecken, die Droge Heroin einmal auszuprobieren. Auch weiterhin bleibt der Erstkonsum, da die beschränkte Legalisierung erst als Hilfsmaßnahme im Suchtstadium eingreift, auf Jugendliche beschränkt, die Kontakte zur Szene

¹ Agar/Stephens, S. 386.

² Heckmann, S. 41; Beil/Kellermann/Schulz/Trojan, S. 378.

suchen und trotz der Konsumgefahren und des Risikos, süchtig zu werden, bewußt Heroin ausprobieren wollen. Die Einführung einer zusätzlichen Therapieform kann für diese Gruppe der nicht süchtigen Jugendlichen keinen Motivationsanreiz schaffen.

Ebensowenig wird durch die beschränkte Legalisierung der Prozeß des Süchtigwerdens beschleunigt oder die Sucht verstärkt. Überlegungen des Konsumenten, es könne beim Heroinkonsum nichts passieren, weil diese staatliche Abgabe ihn schon als sicheres Netz auffange, mögen zwar hin und wieder vorkommen, sie sind aber für den Weiterkonsum nicht der entscheidende Faktor, da zunächst jeder Heroinprobierer an die eigene Beherrschbarkeit der Droge glaubt und davon ausgeht, daß gerade er nicht süchtig wird, und er zudem weiß, daß er erst nach einer qualvollen Fixerkarriere von einer beschränkten Legalisierung begünstigt werden kann. Die beschränkte Legalisierung leistet damit keine Rechtfertigung für den Weiterkonsum, sondern dieser erfolgt aufgrund der nur schwer steuerbaren pharmakologischen Eigenschaften der Opiate und gesellschaftlicher Reaktionsprozesse.

Ein Anstieg der Konsumentenzahlen könnte sich zum einen allenfalls daraus ergeben, daß das organisierte Verbrechen, dem Stammkunden entzogen werden, versucht, durch Preissenkungen und Gratisheroin neue Abhängige zu schaffen, um so seine Marktverluste zu neutralisieren¹. Diese vorausgesagte Entwicklung muß aber in das Reich der Phantasie verwiesen werden, da es Tatsachen unterstellt, die von der kriminologischen Wissenschaft einhellig widerlegt sind und einer mystischen laienhaften Vorstellung von Suchtentstehung und organisiertem Verbrechen entspricht.

¹ Heckmann, S. 41; Beil/Kellermann/Schulz/Trojan, S. 378; Olson, S. 9.

Grundsätzlich wird die Heroinsucht nicht durch eine Verschwörung oder Marktstrategie des organisierten Verbrechens von außen durch lasterhafte, skrupellos verführende Dealer an nichtsahnende, unschuldige Jugendliche herangetragen¹. Sucht entsteht vielmehr durch Interaktion zwischen bereits konsumierenden und noch nicht konsumierenden Jugendlichen². Das organisierte Verbrechen agiert also nicht direkt und verführt Jugendliche zum Heroinkonsum, was viel zu gefährlich wäre³ und den Instanzen der sozialen Kontrolle nicht lange verborgen bliebe, sondern nutzt allenfalls durch die Zurverfügungstellung von illegalen Substanzen vorhandene Bedürfnisse, die sich nicht anders befriedigen lassen, aus. Wo keine Nachfrage besteht, hat das organisierte Verbrechen keine Chance. Es hat somit auf die Ausweitung der Drogensucht keinen Einfluß, sondern profitiert von einer bereits vorhandenen Nachfrage. Andernfalls würde das organisierte Verbrechen bei den enormen Profiten im Heroingeschäft schon heute versuchen, den Markt so weit als möglich auszudehnen. Eine beschränkte Legalisierung braucht hierzu nicht erst den Anreiz zu schaffen.

Zum anderen könnte das auf einem grauen Markt gehandelte Opiat zu einer Ausbreitung der Drogensucht beitragen. Hierfür könnten die mit der schwedischen Legalisierungspolitik gemachten Erfahrungen sprechen, wo sich Mitte der sechziger Jahre Süchtige Amphetamine ärztlich verschreiben lassen konnten und sich die Zahl der Amphetaminsüchtigen in einem Jahr auf 4.000 verdoppelte. Erst nach einem Verschrei-

¹ The Drug Abuse Council: Heroin Maintenance, S. 12, 13.

² Berger/Reuband/Widlitzek, S. 49-112; Becker, S. 36-66.

³ SWORD, S. 15.

bungsverbot und einem repressiven Durchgreifen der Instanzen der sozialen Kontrolle soll die Sucht wieder abgeflaut sein¹. Ebenfalls die freizügige Verschreibung von Heroin in Großbritannien vor 1968 und der sprunghafte Anstieg von Abhängigen, wodurch sich die Regierung gezwungen sah, neue Kontrollmaßnahmen einzuführen, könnten auf eine Suchterhöhung durch eine Legalisierungspolitik hinweisen².

Die beiden historischen Beispiele sind jedoch wenig geeignet, um eine Kausalität zwischen einer beschränkten Legalisierung und einem Anstieg der Süchtigenzahlen zu belegen.

Auffallend ist, daß es gerade Mitte der sechziger bis Anfang der siebziger Jahre in allen westeuropäischen Staaten, also auch in solchen, die wie die Bundesrepublik Deutschland eine strenge Antilegalisierungspolitik betrieben, gleichzeitig zu einer Zunahme des jugendlichen Drogenkonsums und des Beginns der Drogenwelle gekommen ist. Ferner hat es in Großbritannien in den 40 Jahren, in denen Heroin freizügig durch Ärzte an Süchtige verschrieben wurde und sicherlich ausreichende Mengen auf einen grauen Markt gelangen konnten, nie ein Drogenproblem jetzigen Ausmaßes gegeben. Es ist deshalb zu simplifizierend, allein die zusätzliche Verfügbarkeit von Drogen aus Erhaltungsprogrammen und damit eine Legalisierungspolitik für den Anstieg der Drogensüchtigen

¹ Kreuzer: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, S. 386; Remschmidt, S. 358 in Anlehnung an Bejerot, der zwischen 1966 und 1967 einen Anstieg von 24 auf 38% bei einer von ihm untersuchten Gruppe von amphetaminsüchtigen Kriminellen feststellte.

² Kreuzer: Suchtgefahren, S. 104; Bean, S. 183; so auch der zweite Brain Report (siehe S. 142, 143 der Arbeit).

z.B. in Großbritannien verantwortlich zu machen¹. Genauso ließe sich umgekehrt argumentieren, daß erst eine erhöhte Nachfrage zu einem verstärkten Angebot von Drogen aus den Erhaltungsprogrammen geführt hat.

Letztendlich beinhaltet die beschränkte Verfügbarkeit von Drogen, die unzweifelhaft die *conditio sine qua non* für jeden Konsum und einen wesentlichen Faktor bei der Drogenwahl bildet, nur die abstrakte Gefahr, durch breitere Griffnähe Konsumbereitschaft zu fördern. Für den Prozeß des Süchtigwerdens und damit für den Anstieg der Süchtigenzahlen dürfte es entscheidender auf die Wechselwirkung von individueller Konsumbereitschaft des Probierers, der die negativen Folgen der Droge neutralisiert oder an deren Beherrschbarkeit glaubt, und der gesellschaftlichen Reaktion auf den Konsum und ferner auf das gesamtgesellschaftliche Umfeld ankommen. Die abstrakte Gefahr des Anstiegs der Süchtigenzahlen durch Erweiterung der Griffnähe erscheint auch deshalb äußerst gering, weil Heroin in guter Qualität bereits überall zu kaufen und für den Konsumenten im Probierstadium noch finanzierbar ist und somit Heroin aus den Erhaltungsprogrammen kaum zusätzliche Markt- oder Konsumanreize bieten kann.

Bei illegal abgezweigtem Methadon ist die Gefahr sogar nicht existent. Infolge der geringen Euphorisierung bietet es für Nichtsüchtige zum dauernden Gebrauch keinen Reiz und wird von dieser Konsumentengruppe allenfalls zum Ausprobieren und Experimentieren benutzt². Eine primäre Methadonabhängigkeit ist deshalb äußerst selten, was z.B. eine Untersuchung bestätigt, die feststellte, daß weniger als

¹ Eisenbach-Stangl, S. 409; Heroin Maintenance, S. 193, 194.

² Greene/Brown/Dupont S. 225; DeLong, S. 228.

1% der Süchtigen im "District of Columbia" zunächst von Methadon und dann von Heroin abhängig wurden¹, wobei sich nicht klären ließ, ob diese Gruppe nicht ohnehin heroinabhängig geworden wäre, selbst wenn Klinikmethadon nicht auf den grauen Markt gelangt wäre².

Bisher konnte jedenfalls nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden, daß sich die abstrakte Gefahr durch ein illegales Drogenangebot aus den Erhaltungsprogrammen konkretisiert hat und sich zwangsläufig konkretisieren muß. Gegenteilige Behauptungen und die Konstruierung von fiktiven Kausalverknüpfungen könnten die populärwissenschaftliche und massenmediale Aufstellung einer Sündenbocktheorie sein, die den Drogen und nicht der Gesellschaft die alleinige Schuld an dem Drogenproblem zuweist und als einzig richtige und gangbare Lösung die Eliminierung des Angebotes anbietet. Eine Legalisierung, die mit zusätzlicher Drogenabgabe dem Süchtigen helfen will, läßt sich dann schnell als amoralische, die Drogensituation verschärfende Lösung abstempeln.

bb) Gesundheit

In den Legalisierungsprogrammen werden nur Patienten nach eingehender medizinischer Untersuchung aufgenommen, deren gesundheitliche Konstitution eine Opiateinnahme ohne weitere körperliche Verschlechterung rechtfertigen läßt. Trotz des bei fast allen Süchtigen aufgrund durchstandener Fixerkrankheiten vorgefundenen schlechten Allgemeinzustandes könnte eine Gesundheitsverbesserung deshalb eintreten, weil

¹ Greene/Brown/Dupont, S. 225.

² DeLong, S. 228.

für den Süchtigen nunmehr die Dosierung einschätzbar und durch eine gleichbleibend hochwertige Qualität und eine sterile bzw. orale Einnahme Organ- und Spritzenkrankheiten vermieden werden könnten.

Gesundheitliche Risiken bleiben aber auch angesichts dieser Vorteile weiterhin bestehen, wenn dem Süchtigen erlaubt wird, wie z.B. im alten "British System" Heroin selbst zu injizieren, und er dabei die Regeln des sterilen Spritzens mißachtet. Wie groß die Gefahr ist, in Legalisierungsprogrammen an den typischen Fixerkrankheiten zu erkranken, zeigt die Untersuchung von Stimson/Ogborne. Von 111 legalisierten britischen Patienten, die sich auch ihre Spritzbestecke verschreiben lassen konnten, konsumierten nur 11% das Heroin unter sterilen Bedingungen. 49% hatten in der Woche vor der Befragung zum Aufziehen der Spritze einfaches Leitungswasser und 11% sogar Wasser aus Toiletten benutzt. Neun Patienten hatten ihre Spritze mit anderen Süchtigen geteilt¹. Blumberg allerdings stellte fest, als er in seinen Studien Verschreibungspatienten mit nicht oder nur kurz legalisierten Süchtigen verglich, daß die erste Gruppe häufiger steril spritzte und somit auch weniger erkrankte².

Auszuschließen sind ferner nicht, wie bei jedem anderen Arzneimittel auch, die typischen Nebenwirkungen der Opiate, die aber bei Heroin, z.B. im Gegensatz zum Alkohol, den gesundheitlichen Allgemeinzustand kaum beeinträchtigen und eine soziale Integration nicht behindern³. Hinsichtlich der Methadonverordnung wird jedoch von den deutschen medizinischen Gegnern der Erhaltungsprogramme be-

¹ Bean, S. 82; SWOAD, S. 18.

² Blumberg, S. 75, 76.

³ Siehe S. 27-30 der Arbeit.

hauptet, daß diese gefährlich und mit den Nebenwirkungen: Gefahr tödlicher Darmverschlüsse, Allergien, Schwindelgefühle, Übelkeit, Brechreiz, Magengeschwüre, Sehstörungen, Lungenstau und -ödeme und Depressionen bei einem Drittel der Behandelten verbunden sei¹. Hierdurch entsteht der beabsichtigte Eindruck, daß es schon aus diesen Gründen medizinisch verantwortungslos sei, Methadon als Erhaltungsdroge zu verschreiben.

Bei den behaupteten Nebenwirkungen des Methadons handelt es sich aber um willkürlich herausgegriffene und summarisch aufgezählte Komplikationen, die im Einzelfalle bei Methadonpatienten während der Behandlung beobachtet wurden und sich auf Ausnahmefälle beschränken, und die zudem nicht in eindeutige Kausalität zu der Methadonverordnung gebracht werden können, sondern die sich zum Teil als Folge des langjährigen Konsums von Straßenheroin darstellen². In der umfangreichen amerikanischen Literatur zu diesem Thema werden diese Komplikationen jedenfalls nicht zu den typischen Nebenwirkungen des Methadons gezählt³. So vertritt z.B. Kreek, eine Spezialistin auf dem Gebiet der Erforschung von Krankheiten der Patienten in Methadonprogrammen, in ihren zahlreichen Studien die Auffassung, daß nach 10- bis 14jährigen intensiven Untersuchungen bisher keine toxische Gegenreaktion und Spätschäden von der Methadon-

¹ Wanke: Gutachten, S. 33, 34; Riedesser, S. 288; Krauthan, S. 8.

² Kreek in: Dupont/Goldstein/O'Donnell/Brown S. 70; ders. in: Kissin/Lowinson/Millman, S. 110.

³ Ausführlich mit weiteren Literaturhinweisen: Lowinson/Millman, S. 49-56; Kreek in: Dupont/Goldstein/O'Donnell/Brown, S. 57-86.

einnahme festgestellt werden konnten¹. Als gesichert gilt nur, daß bei der Methadonverabreichung drei Begleiteffekte: Schwitzen, Verstopfung und Verringerung der männlichen Libido bei einigen Patienten in unterschiedlicher Intensität auftreten können². Daneben beklagen sich wenige Patienten über Schlafstörungen, Lethargie, Kopfschmerzen und Appetitprobleme³. Diese Symptome verschwinden jedoch mehrheitlich nach Beendigung des Umstellungszeitraumes von Heroin auf Methadon, wenn eine Methadontoleranz entwickelt worden ist, oder aber sie verschwinden nach einer Korrektur der Dosierung⁴. Zudem sind alle Nebenwirkungen mit Gegenmitteln medizinisch beherrschbar, und sie wirken sich nicht so unerträglich auf das Süchtigenleben aus, daß es deswegen zu einem Abbruch der Methadonbehandlung kommen muß. Außerdem sind die durch eine ständige Medikamenteneinnahme bedingten Nachteile unbedeutend gering, wenn man sie mit den gesundheitlichen Risiken vergleicht, denen sich Süchtige aussetzen müssen, wenn sie Schwarzmarktheroin konsumieren.

Die beschränkte Legalisierung kann somit den gesundheitlichen Zustand des Süchtigen weitgehend verbessern, soweit das unsterile Spritzen aufgegeben oder Methadon oral verabreicht wird. Positiv wirkt sich

¹ Kreek in: Kissin/Lowinson/Millman, S. 127: "Bisher sind nach 10-14 Jahren Folgestudien bei erwachsenen Patienten und nach 5-7 Jahren Folgestudien bei Jugendlichen keine giftigen oder ernsthaften Gegeneffekte infolge des Gebrauchs von Methadon in der Langzeitbehandlung bekannt geworden".

² Blackmore, S. 28; SWOARD, S. 5; Brecher, S. 153, 154; Bourne: Methadone, S. 17; Kreek in: Dupont/Goldstein/O'Donnell/Brown, S. 71-73.

³ Kreek: in Kissin/Lowinson/Millman, S. 119-121.

⁴ Bourne: Methadone, S. 17; Kreek in: Dupont/Goldstein/O'Donnell/Brown, S. 72; Lowinson/Millman, S. 52, 53 mit weiteren Hinweisen auf Untersuchungen.

auch aus, daß der Süchtige nunmehr in wiederholten Kontakt mit medizinischem Fachpersonal tritt und durch eine Früherkennung, gesundheitliche Aufklärung und die Bereitstellung steriler Spritzen usw. Krankheiten früher erkannt bzw. vermieden werden können.

Für die Gesundheit des Süchtigen wäre es natürlich sinnvoller, den Opiatkonsum zu unterlassen, so wie es insgesamt vernünftiger ist, keine kulturintegrierten oder nicht integrierten Drogen zu sich zu nehmen. Gesundheitspolitisch und im Interesse der Gesundheit des einzelnen muß es deshalb erklärtes Ziel jeder Drogenpolitik sein, durch repressionslose Wege eine absolute Drogenfreiheit anzustreben. Dabei taucht jedoch die Frage auf, was mit denen geschieht, die auf ihre Opiateinnahme nicht verzichten wollen oder können. Hier bietet die beschränkte Legalisierung, wenn schon Heroin konsumiert werden muß, Rahmenbedingungen, dies mit dem gesundheitlich geringsten Risiko zu tun, anstatt durch illegale Konsumbedingungen sich weiterhin gesundheitlichen Schädigungen zwangsläufig aussetzen zu müssen.

cc) Todesfälle

Infolge der Besserung des gesundheitlichen Gesamtzustandes legalisierter Süchtiger und legaler Konsumbedingungen müßte sich konsequenterweise auch das Mortalitätsrisiko durch eine beschränkte Legalisierung reduzieren lassen.

Die bisher in den Legalisierungsprogrammen gesammelten Erfahrungen zeigen aber, bis auf wenige Ausnahmen, daß sich die Sterblichkeitsrate der sich in Behandlung befindlichen Patienten nur geringfügig,

nicht aber entscheidend oder kaum verändert hat¹.

Sehr gute Ergebnisse in der Reduzierung der Mortalität erzielte das "Westchester County Methadone Program", bei dem nur zwei Patienten im Vergleich zu 148 unbehandelten Drogentoten zwischen 1970 und 1975 starben². Bei dem von Cushman untersuchten Programm starben von 547 Patienten nur 25 während der Behandlung. Dieses entspricht einer speziellen Todesrate von 1,51% gegenüber 8,1% der unbehandelten Süchtigen³.

Auch in dem "New Yorker Methadone Program" lag die Todesrate von 7,6 pro tausend Patientenjahre deutlich unter der geschätzten Todesrate unbehandelter Süchtiger mit 100/00 und näherte sich bereits der Todesrate der altersmäßig vergleichbaren Normalbevölkerung von 5,60/00 an⁴.

Die Mehrzahl der Studien kommt allerdings zu dem Schluß, daß ca 1% der Methadonpatienten in den Programmen sterben und daß dieses der Todesrate der unbehandelten Süchtigen gleichkommt⁵. Unstreitig dürfte aber auch sein, daß die Sterblichkeit nach Verlassen der Methadonprogramme wieder ansteigt und Programmabrecher eine zwei- bis viermal höhere

¹ Schönhöfer, S. 192; Neurath, S. 473, 474.

² Perkins/Rogers/O'Hanlon, S. 114-119.

³ Cushman: American Journal of Drug and Alcohol Abuse, S. 546.

⁴ SWOARD, S. 18; Moebius, S. 47; The Drug Abuse Council: Heroin Maintenance, S. 14.

⁵ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 238, 239 mit weiteren Hinweisen; Stein-Hilbers, S. 27; Krauthan, S. 10 mit weiteren Hinweisen.

Todesrate besitzen¹.

Noch schlechtere Ergebnisse in der Senkung der Süchtigensterblichkeit scheint die Heroinlegalisierung im alten "British System" erzielt zu haben. Die Mortalitätsrate war dort dreimal höher als bei Patienten in Methadonprogrammen und betrug 270/100².

Die geringen Erfolge bei der Reduzierung des Mortalitätsrisikos sind zum einen sicherlich darauf zurückzuführen, daß es sich bei den süchtigen Patienten um keine gesundheitlich intakte Gruppe handelt, sondern daß sie in ihrer physischen Konstitution geschwächt sind und daß sie mit bereits erheblichen gesundheitlichen Vorschädigungen - z.B. erst am Ende ihrer Suchtkarriere - in die Programme aufgenommen werden, in denen sich diese Schädigungen tödlich aktualisieren können³. Diese Spätschäden werden zwar größtenteils durch den intensiveren medizinischen Kontakt aufgefangen, auszuschließen sind sie aber nicht, da die Programme auf den weiteren gesundheitlichen Gesamtzustand allenfalls prophylaktische Wirkung entfalten können. Somit ist schon aus diesem Grund gegenüber der Normalbevölkerung für die Patienten ein immer noch dreifach höheres Mortalitätsrisiko gegeben⁴.

¹ Lowinson, S. 190; Cushman: American Journal of Drug and Alcohol Abuse, S. 547; Krauthan, S. 10.

² SWOARD, S. 18; Stimmel, S. 229; Bean, S. 82, 83; May, S. 386; Drucker, S. 1380; The Drug Abuse Council: Heroin Maintenance, S. 15.

³ Neurath, S. 473; Scheerer: Therapie als Strafe, S. 114.

⁴ Cushman: American Journal of Drug and Alcohol Abuse, S. 346; The Drug Abuse Council: Heroin Maintenance, S. 15.

Hauptursache für die Todesfälle in den Legalisierungsprogrammen dürfte aber der Umstand sein, daß die Süchtigen sich nicht entsprechend den Programmregeln verhalten, sondern ihre alten Konsumgewohnheiten beibehalten. Vor allem das unsterile Spritzen des Heroins führte bei vielen britischen Süchtigen trotz Legalisierung auch weiterhin zu Krankheiten und zum Tode. In den Methadonerhaltungsprogrammen besteht dagegen die Gefahr, daß zu dem bereits eingenommenen Klinkmethadon noch zusätzlich Methadon oder Heroin konsumiert wird, um die Wirkung zu steigern, und daß auf diese Weise die tödliche Toleranzgrenze überschritten wird. Tödliche Unfälle ereignen sich auch durch die an sich mehr steuerbare Kombinationswirkung von Methadon und Alkohol und anderen Drogen¹. Dieser Unfallgefahr sind insbesondere Nichtprogrammteilnehmer ausgesetzt, die auf dem grauen Markt Methadon erwerben und zu hohe Dosen konsumieren, weil sie die potentiell langsam ansteigende und lang andauernde Wirkung unterschätzen². Gerade zu Beginn der Einführung der Methadonprogramme, als die Wirkungsweise des Methadons in Süchtigenkreisen noch weitgehend unbekannt war, kam es deshalb immer wieder zu Unfällen, so daß es teilweise mehr Methadon- als Herointote gab³, die erst nach dem Bekanntwerden der Giftigkeit des Methadons und größerer Kontrollen gegen die illegale Abzweigung zurückgingen⁴.

Die Erfahrungen in den Legalisierungsprogrammen

¹ Moebius, S. 47; Kreek in: Kissin/Lowinson/Millman, S. 119, 120.

² Moebius, S. 46; DeLong, S. 228, 229.

³ Krauthan, S. 10; Perkins/Rogers/O'Hanlon, S. 116-119; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 238, 239; Bourne: Methadone, S. 15, 16.

⁴ Greene/Brown/DuPont, S. 222.

verdeutlichen, daß für viele Patienten allenfalls die abstrakte Möglichkeit geboten wird, ihr eigenes Gesundheits- und Mortalitätsrisiko zu verringern und der Sterblichkeit prophylaktisch entgegenzuwirken. Aber erst die eigene Wahrnehmung dieser Möglichkeit kann diese Chance auch sinnvoll realisieren.

dd) Beruf

Opiatkonsum und Arbeitsfähigkeit brauchen sich nicht grundsätzlich gegenseitig auszuschließen, da die soziale und körperliche Verschlechterung nicht wie beim Alkohol substanzbedingt ist, sondern sich überwiegend als Ausfluß des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses darstellt¹. Bereits eine Rückbesinnung auf die Lebensweise der Opiumveteranen zeigt, daß ein Abhängiger unter Drogeneinfluß hohe intellektuelle und handwerkliche Fähigkeiten, wie z.B. chirurgische Arbeit, entwickeln kann.

Durch die Drogeneinnahme in Substitutionsprogrammen wird somit die körperliche Arbeitskraft und die geistige Urteilsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt. Darüberhinaus wird dem Süchtigen die Möglichkeit eröffnet, befreit vom tagesausfüllenden Beschaffungsdruck, einer geregelten Arbeit nachgehen zu können. Die Umsetzung dieser Chance und die resozialisierende Wirkungsweise der beschränkten Legalisierung divergieren jedoch innerhalb der bisher durchgeführten Erhaltungsprogramme².

¹ Siehe S. 27ff der Arbeit.

² Die verschiedenen Ergebnisse sind, abgesehen von statistischen Mängeln und abweichender Definition des Arbeitsbegriffes, Ausdruck der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung der Programme hinsichtlich sozialintegrierender Hilfestellung, der beruflichen Ausbildung vor Suchtbeginn und der gesamtwirtschaftlichen Situation (Bourne: Methadone, S. 9).

In den USA belegen verschiedene Studien¹, daß in den einzelnen Methadonprogrammen die Arbeitsproduktivität z.B. von 29% vor Beginn der Behandlung auf 67% gestiegen ist, was immerhin einem ca. 100% Steigerungsfaktor entspricht. Bei einigen Programmen fällt die Steigerungsrate jedoch geringer aus, z.B. von 58,4% auf 75%² oder von 25% auf 38%³. Aber selbst die beeindruckend hohen prozentualen Steigerungsraten können nicht darüber hinwegtäuschen, daß in den meisten Programmen nur ein Drittel⁴ oder weniger als die Hälfte der Programtteilnehmer einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen. So stellte der Erfahrungsbericht des ehemaligen Bundesinnenministers Baum anlässlich eines Informationsbesuches in amerikanischen Methadonkliniken fest, daß von den Patienten des besuchten Albert Einstein Hospitals, New York nur 40% produktiv tätig waren. 10% hatten davon eine feste Arbeitsstelle, 20% gingen einer Betreuertätigkeit nach und weitere 10% absolvierten eine Schulausbildung⁵.

Eine ähnliche prozentuale Beschäftigungsrate von 40% wird von den britischen Legalisierungsprogrammen behauptet⁶. Blumberg⁷ konnte diese Schätzungen durch

¹ Ausführlich zu den einzelnen Studien: SWOARD, S. 19; Bourne: Methadone, S. 8, 9; Wagner, S. 14, 15; Scheerer: Therapie als Strafe, S. 81; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 227, 228; Brickner, S. 425-439.

² Platt/Labate: Heroinsucht, S. 227.

³ Wagner, S. 14; Cushman: American Journal of Drug und Alcohol Abuse, S. 549.

⁴ Brickner, S. 435.

⁵ Moebius, S. 47.

⁶ May, S. 348; Stimmel, S. 229.

⁷ Trebach, S. 165.

eine Studie bestätigen. Bei seinem interviewten Sample von 205 Süchtigen der verschiedenen "Drug Treatment Centers" in London waren 39% voll beschäftigt, 4% gelegentlich, 50% hatten keine Arbeit und der Rest waren Hausfrauen, Studenten etc..

Die immer noch hohe Arbeitslosigkeit von Erhaltungspatienten muß allerdings im Vergleich zu der beruflichen Situation von nicht behandelten Süchtigen als Fortschritt hin zu neuen sozial stabilisierenden Lebensinhalten gewertet werden. Sie kann ferner auch deshalb nicht als Mißerfolgsargument gegen die Programme eingewandt werden, weil zum einen Süchtige ebenso wie Süchtige in drogenfreien Programmen als Vorbestrafte und Ungelernte wie andere stigmatisierte und dauerarbeitslose Randgruppen (z.B. psychisch Kranke, Obdachlose) nur schwerlich einen Arbeitsplatz finden und die berufliche Integration von durch die Programme nicht beeinflussbaren Faktoren, wie Wirtschaftslage, regionales Arbeitsplatzangebot, Konjunktur, Arbeitslosenzahlen abhängt. Es ist deshalb nicht verwunderlich, daß in den industriellen Ballungsgebieten mit 30% Arbeitslosigkeit die überwiegende Anzahl der Programmteilnehmer keine Arbeit finden wird.

- c) Auswirkungen der beschränkten Legalisierung auf die Beschaffungs- bzw. Gesamtkriminalität des Süchtigen

Zahlreiche Evaluationsstudien versuchen nun die These, daß die staatliche, antiprohibitive Legalisierungspolitik zu einem Rückgang der Gesamtkriminalität des Süchtigen und der zur Beschaffung von Drogen notwendigen Eigentumskriminalität führe, statistisch abzusichern, um den Erfolg bzw. Mißer-

folg dieses Kriminalitätsbekämpfungskonzeptes empirisch zu belegen.

Naturgemäß sind diese Studien fast ausschließlich in den Staaten, wie USA und Großbritannien, erstellt worden, die eine Legalisierungsstrategie bereits konkret angewandt haben, und sie beziehen sich in ihrer Effizienzanalyse nur auf die dort durchgeführten Erhaltungsprogramme.

In der Bundesrepublik Deutschland sind infolge der generellen Ablehnung der beschränkten Legalisierung als Kriminalitätsbekämpfungskonzept und den dadurch hervorgerufenen Mangel an Praxiserfahrung keine Evaluationsstudien erstellt worden. Auch Lotze hat bei seinem Versuchsprojekt in Hannover keine verwertbaren statistischen Angaben über den Zusammenhang von Kriminalitätsentwicklung und Aufenthalt in Legalisierungsprogrammen getroffen. Er führt in einer vorläufigen Auswertung seines Modellversuches lediglich an, daß die Kriminalität um 50% gesunken sei¹. In seinem Abschlußbericht kommt er zu dem Ergebnis, daß von den sozial stabilisierten Patienten keiner während des Programms kriminell auffällig geworden ist². Nach Kreuzer sollen - ohne daß dies von ihm empirisch belegt wird - die Fixer seines Interviewsamples trotz der Legalisierung durch das Gesundheitsamt ihre kriminellen Beschaffungsmuster nicht aufgegeben haben³.

In ihrer methodischen Vorgehensweise muß bei den amerikanischen Studien zwischen zwei großen Gruppen unterschieden werden: Der eine Forschungsansatz versucht, die statistisch erfaßte Kriminalitätsent-

¹ Lotze: drogen-report, S. 16.

² Krach/Lotze/Peschke/Peter/Rabe/Schönhöfer, S. 292.

³ Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 275.

wicklung in einer bestimmten städtischen Region vor und nach Einführung des beschränkten Legalisierungskonzeptes zu vergleichen, der andere untersucht die individuelle Arrest- bzw. Verhaftungsrate vor und nach Eintritt in ein spezielles Erhaltungsprogramm.

aa) Empirische Evaluationsstudien

(1) USA

(aa) Programmstudien

Gliedert man die einzelnen amerikanischen Programmevaluationsstudien nach ihrer prozentualen Erfolgsquote hinsichtlich der individuellen Kriminalitätsentwicklung, so lassen sich diese in vier Hauptkomplexe einteilen:

Die weitaus besten Ergebnisse erzielten die ersten Untersuchungen, insbesondere diejenigen, die über die Kriminalitätsreduzierung von Patienten aus dem Beth Israel Methadonerhaltungsprogramm New York angefertigt wurden. Hier lag die Erfolgsquote bei 90%¹, 83%² und 75%³.

So haben Dole, Nyswander und Warner vier Jahre nach Einführung ihres Behandlungsprogramms Bilanz gezogen und festgestellt, daß durch die Methadonbehandlung die Kriminalität bei ihren 912 Patienten

¹ Dole/Nyswander/Warner, S. 2710.

² Cushman: Federal Probation, S. 38-43.

³ Gearing, S. 184.

zwischen den Jahren 1964 und 1968 um 90% gesunken war. Vor der Legalisierung hatten 91% der Patienten Gefängnisaufenthalte und waren fast alle mehr oder weniger in kriminelle Aktivitäten verwickelt. Die Verurteilungen der Süchtigen erreichten eine Rate von 52 pro 100 Suchtjahre. Nach der Aufnahme ins Programm wurden 88% der Patienten nicht mehr verhaftet und von den übrigen wurden lediglich 5,6% überführt und verurteilt. Die Verurteiltenrate entsprach nunmehr 5,8 pro 100 Suchtjahre, was einer Reduzierung um 90% gleichkommt¹.

Cushman verglich in einer detaillierten Studie die kriminellen Aktivitäten von 269 Methadonpatienten zu drei Zeitpunkten: Vom 15. Lebensjahr an bis zum täglichen Heroingenuß (76 Verhaftungen, 3,1 pro 100 Patientenjahren), während der Sucht (108; 35,1), während der Behandlung (26; 5,9). Durch die Behandlung ergab sich somit zum Suchtstadium eine 83%ige Reduzierung².

Nach Gearing von der "Columbia University School of Medicine" und dem Vorsitzenden des staatlichen Methadon-Evaluations-Komitee ging die Zahl der Verhaftungen ein Jahr nach der Behandlung um 75% zurück. Er verglich die prozentuale Anzahl der Verhaftungen von 1.530 Patienten, die drei Monate oder länger an einem Methadonprogramm teilgenommen hatten, jeweils in den drei Jahren vor und nach der Behandlung. Dabei stellte er fest, daß drei Jahre vor der Behandlung 12%, zwei Jahre davor 23% und ein Jahr davor 20% verhaftet worden waren. Ein Jahr nach der Behandlung waren es nur noch 6% (von 1.530), im zweiten Jahr 3% (von 731) und im dritten Jahr 2%

¹ Dole/Nyswander/Warner, S. 2710.

² Cushman:Federal Probation, S. 38-43.

(von 367)¹.

Eine Kriminalitätsredizierung zwischen 60% und 30% konnten Lukhoff (59%)², Newman (57%)³, Jacobs (56%)⁴, Schut (56%)⁵, Sechrest (50%)⁶, Patch (41%)⁷ und Nash (31%)⁸ beobachten.

Hervorzuheben sind wegen ihrer empirischen Genauigkeit und der Qualität ihrer ausführlichen Evaluierung die Studien von Sechrest und Nash.

Sechrest verglich das "Santa Clare County Methadonprogramm" in Kalifornien mit einem Methadonprogramm in Brooklyn/New York City. Beide Programme wiesen in etwa bei länger behandelten Patienten dieselbe Erfolgsquote auf. So sank bei dem Brooklyner Programm die jährliche Arrestrate drei Jahre nach Beginn der Erhaltungstherapie auf 0,25 gegenüber 0,53 für den gesamten Zeitraum der Sucht; damit entsprach sie der Rate vor Suchtbeginn. Bei den Methadonpatienten, die in Kalifornien zwei Jahre in Behandlung waren, reduzierte sich die Arrestrate von 3,28 auf 1,14. Allerdings ergaben sich Unterschiede, wenn man das Jahr direkt vor und nach Eintritt in die Programme gegenüberstellte. Bei dem New Yorker Programm ließ sich ein geringer Rückgang von 0,82

¹ Gearing, S. 184.

² Lukoff, S. 129-156.

³ Newman/Bashkow/Cates, S. 417-430.

⁴ Jacobs/Doft/Koger, S. 51-58.

⁵ Schut/Steer/Gonzalez, S. 89-93.

⁶ Sechrest, S. 377-400.

⁷ Patch, zitiert bei Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 238, 239.

⁸ Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 231-271.

auf 0,66 verzeichnen, bei dem "Santa Clara County Programm" sogar ein leichter Anstieg von 1,23 auf 1,55¹.

Nash und sein Team vom "Montclair State College" untersuchte im Auftrage der "State Law Enforcement Planning Agency" neun Methadonprogramme in New Jersey. Bei nur einem Programm stellte er in der Behandlungsphase einen 22%igen Anstieg der Arreste fest. Die anderen acht Programme bewirkten eine Reduzierung der Arrestrate von durchschnittlich 68 für den Zeitraum vom 18. Lebensjahr bis zum Eintritt ins Programm auf 47 für 22 Monate danach².

Eine geringere Erfolgsquote als 30% weisen zum Teil die Studien von Edwards/Goldner³ und Bowden/Maddux⁴ aus.

Bei Edwards/Goldner sanken die Arreste nur um 24%, die Summe der Verurteilungen dagegen um 42%⁵.

Bowden/Maddux kommen für ihr Methadon Programm in San Antonio/Texas zu demselben Ergebnis. Bezogen auf die Deliktsrate betrug der Rückgang allerdings nur 14%⁶.

Vier Studien konnten dagegen keine Kriminalitätsreduzierung durch die Methadonerhaltungsprogramme feststellen.

¹ Sechrest, S. 377-400.

² Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 231-271.

³ Edwards/Goldner, S. 878-885.

⁴ Bowden/Maddux S. 921-931.

⁵ Edwards/Goldner, S. 878-885.

⁶ Bowden/Maddux, S. 921-931.

Kleiman/Lukoff evaluierten in einer methodisch kaum zu beanstandenden Vorgehensweise mit Unterstützung der Universitäten Harvard, Yale und Columbia das ATRC Methadonprogramm in New York City. Wegen ihres erstmals bei Methadonprogrammen dokumentierten negativen Ergebnisses wurde dieser Studie von den Gegnern der Legalisierung große Beachtung geschenkt. Sie stellten fest, daß bei den Patienten die Deliktsrate nach zwei Jahren Behandlung gegenüber dem ersten Jahr vor der Behandlung um 10% sank. Sie war aber immer noch um 40% höher als die jährliche Deliktsrate innerhalb des gesamten unbehandelten Suchtzeitraumes¹.

Ähnlich verhielt es sich auch mit der Arrestrate bei anderen Patienten desselben Programms, die Hayim erforschte. Die Arrestrate ein Jahr nach der Behandlung lag mit 0,8 deutlich über der jährlichen Arrestrate des gesamten Suchtzeitraums (0,65). Eine 21%ige Reduzierung trat allerdings dann ein, wenn man das Jahr vor der Behandlung mit dem danach vergleich (1,03 zu 0,80²).

Die John Hopkins Universität befragte Patienten von vier regional verschiedenen Methadonprogrammen nach ihren Arresten zwei Monate vor der Behandlung und zwei Monate danach. In zwei Programmen hatte die Erhaltungstherapie eine positive Wirkung auf die Anzahl der Verhaftungen. Bei zwei Programmen war ein Anstieg zu verzeichnen. Der durchschnittliche Rückgang für alle Programme betrug lediglich 3,3%³.

¹ Kleiman/Lukoff, zitiert bei Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 242-244.

² Hayim, S. 1-62.

³ John Hopkins University, zitiert bei Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 249-252.

In einer Erweiterung seiner ersten Studie untersuchte **Nash** noch weitere zehn Methadonprogramme in New Jersey. Bei den Patienten dieser Programme stiegen die Arreste durchschnittlich um 15% ein Jahr nach dem Beginn der Behandlung¹.

(bb) Regionale Kriminalitätsstudien

Andere amerikanische Studien versuchen durch die Gegenüberstellung der regionalen Kriminalitätsentwicklung vor und nach Einführung der Methadonerhaltungsprogramme deren kriminalitätsreduzierende Wirkung zu untersuchen. Dabei gehen sie von der Arbeitshypothese aus, sollten die Legalisierungsprogramme tatsächlich die Kriminalität des einzelnen Süchtigen zu senken vermögen, so müßte dieses entsprechend einer summarischen Reduzierung auch Auswirkungen auf die Gesamtkriminalitätsrate eines Stadtbezirkes haben. Insbesondere müsse dies für die von den Süchtigen zur Beschaffung von Heroin begangenen Eigentumsdelikte gelten.

Nach Untersuchungen von **Greene/DuPont** wurden in Washington D. C. zwischen 1970 und 1973 fast 60% der Süchtigen in Methadonerhaltungsprogrammen behandelt. Zu diesem Zeitpunkt sank dann auch der illegale Heroinkonsum, der in den Jahren davor - zwischen 1965 und 1968 - stetig angestiegen war und 1969 seinen Höhepunkt erreichte. Gleichzeitig ging nach Einführung der Programme die serious crime rate der Stadt von 23.174 (1965), 54.307 (1969), 66.745 (1970) auf 34.317 (1973) zurück². Ihrer Auffassung

¹ Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 252-258.

² Greene/DuPont, S. 545, 548.

nach könnte die enge zeitliche Verknüpfung von Programmbeginn und Abnahme der statistisch festgestellten Kriminalität, die sich vor allem auf ein Sinken der Eigentumskriminalität stützt, für eine kausale Verknüpfung beider Vorgänge sprechen. Sie selbst gestehen aber ein, daß sich dies wissenschaftlich exakt nur schwer belegen läßt¹.

Eine ähnliche Entwicklung stellten auch Edwards/Goldner in Detroit fest. So nahmen in 26 von insgesamt 28 untersuchten Monaten die in der Kriminalstatistik des Detroit "Police Department" registrierten Delikte seit Oktober 1970, als die Methadon-erhaltungsprogramme mit ihrer Arbeit begannen, ab. Zwischen Juni 1972 und Juli 1973 war die totale Kriminalitätsrate um 8,9% gesunken. Besonders Eigentumsdelikte zeigten dabei einen deutlichen Abwärtstrend².

Stoloff/Levine und Spruill verglichen ebenfalls in Detroit die monatlichen Klinikaufnahmen von Juli 1970 bis Juni 1974 mit dem Stand der bei der städtischen Polizei bekanntgewordenen Eigentumsdelikte. Sie kamen dabei zu dem Ergebnis, daß ein 10%iger Anstieg der Behandlungen (98% der Behandelten wurden in Methadonprogramme aufgenommen) einen 2,3%igen Rückgang der Eigentumskriminalität bedingte³.

In einer sehr detaillierten Studie untersuchten Maddux/Desmond in San Antonio über einen Zeitraum von zehn Jahren die jährliche Anzahl der behandelten Süchtigen und die jährliche Entwicklung bei drei Deliktsgruppen. Beide Faktoren, zueinander in Bezie-

¹ DuPont/Greene, S. 716-722.

² Edwards/Goldner, S. 878-885.

³ Stoloff/Levine/Spruill.

hung gesetzt, ließen einen ähnlichen wie von Greene/DuPont berichteten Trend erkennen. Zwischen den Jahren 1965 und 1969 stieg jedes Jahr die serious reported crime rate an. Nach 1970 mit Eröffnung der Drogenbehandlungsprogramme sank diese, insbesondere bei den Diebstahlsdelikten. 1974, als etwa 100 Süchtige aus dem Programm entfernt wurden, kam es wieder zu einem deutlichen Anstieg¹.

Keinen Wandel in der Kriminalitätsrate, die mit einem Ausbau der Drogenbehandlungsprogramme korrespondieren könnte, verzeichnet die Studie von Nash, in der er die Kriminalitätsentwicklung in neun verschiedenen Städten in New Jersey erforschte².

Zu demselben Ergebnis gelangte auch Sechrest für die im Einzugsgebiet der Süchtigen liegenden Polizeibezirke von Brooklyn/New York City. Der Beweiswert seiner Aussage wird allerdings von Sechrest dahingehend relativiert, daß in dem Brooklyner Programm nur ein kleiner Teil der dort ansässigen Süchtigen erfaßt wurde³.

(2) Großbritannien

Anders als in den USA, wo viele Methadonerhaltungsprogramme einer Effizienzanalyse unterzogen worden sind, haben sich in Großbritannien nur eine begrenzte Anzahl von Studien und zudem nur solche, die den Nutzen eines speziellen Programms, nicht aber die Auswirkungen der Programme auf die gesamte städtische Kriminalitätsentwicklung dokumentieren, mit dem

¹ Maddux/Desmond, S. 891-904.

² Nash: The Impact of Drug Abuse Treatment upon Criminality.

³ Sechrest, S. 395, 396.

Problem der Kriminalitätsreduzierung durch die beschränkte Legalisierungspolitik auseinandergesetzt.

Ferner untersuchen jene Studien fast ausschließlich Behandlungsergebnisse der Legalisierung in der Form des neuen "British System". Hinsichtlich des alten ärztlichen Verschreibungssystems ist lediglich die sehr bekannte und oft zitierte Studie von Zacune von der "Addiction Research Unit" London erschienen¹. Dieser untersuchte die Lebensumstände und kriminellen Aktivitäten von 25 von insgesamt 91 erreichbaren kanadischen Süchtigen, die in den sechziger Jahren nach Großbritannien emigriert waren und denen dort, wie jedem britischem Süchtigen auch, aber anders als in Kanada, Heroin verschrieben wurde. In Kanada verbrachten die Süchtigen 25% ihrer Suchtjahre, absolut 141 Jahre und zwei Monate, in Gefängnissen. In Großbritannien dagegen waren es nur 2% oder zwei Jahre und zwei Monate. Ebenso deutlich ließ sich eine Reduzierung der begangenen Delikte von 187 auf 27 feststellen².

Andere Studien konnten diesen drastischen Rückgang der Kriminalität bei Patienten, die in den neuen "Drug Treatment Centers" legalisiert wurden, nicht mehr verzeichnen und mußten teilweise sogar Erfolge verneinen.

Paxton befragte zwei Gruppen von Süchtigen nach ihren kriminellen Aktivitäten innerhalb der letzten drei Monate. Bei der einen handelte es sich um 26

¹ Vor Mitte der sechziger Jahre scheint das Problem von Sucht und Kriminalität in der britischen wissenschaftlichen Drogendiskussion keine Rolle gespielt zu haben (Bean, S. 188, 189). Dieses mag zum einen darin begründet sein, daß sich die Zahl der britischen Süchtigen in Grenzen hielt oder aber drogenbedingte Kriminalität kaum auftrat.

² Zacune, S. 41-49.

Patienten, die zwischen 1975 und 1976 in ein Methadonprogramm aufgenommen wurden, die andere bestand aus 16 nicht therapierten Süchtigen. Zum Vergleich trug er die berichteten kriminellen Aktivitäten in einer Punkteskala von 0 bis 5 ein und stellte fest, daß die Methadonpatienten mit 1.36 Punkten signifikant unter den nicht legalisierten Süchtigen mit 2.5 Punkten lagen¹.

Blumberg interviewte 187 Patienten bei ihrer Aufnahme in eines der 17 Drogenbehandlungszentren vom Großraum London. Ein Jahr später wiederholte er die Befragung. Von den Patienten erhielten 43% eine regelmäßige zwölfmonatige Verschreibung, 29% nur eine zeitweilige und 28% keine. Es zeigte sich, daß die Gruppe, die keine Verschreibung erhielt, die höchste Verurteiltenrate hatte, und daß die selbstberichtete Kriminalität der Verschreibungsgruppe insgesamt einen deutlicheren Abwärtstrend aufwies (Drogenhandel -15%, Hehlerei -13%, Drogenbesitz -5%, Betrug +3% und Ladendiebstahl + 2%)².

Wiepert verglich anhand der Liste des "Criminal Record Office" für vier verschiedene Zeiträume die Verurteilungen von 263 Patienten, die in zwei Londoner Kliniken mit gleicher therapeutischer Konzeption Opiate verschrieben bekamen. Als Zeiträume legte er zugrunde: a) von 10 Jahren bis zur ersten Drogenerfahrung, b) von dem ersten Drogenkonsum bis zum Eintritt in das "Drug Treatment Center", c) während der Behandlung und d) für ein kleines Sample von 111 Patienten nach der Behandlung. Für die noch in Behandlung befindlichen Patienten stellte er ein Absinken der Eigentumskriminalität bei einer gleich-

¹ Paxton/Mullin/Beattie, S. 473-481.

² Blumberg, S. 65-77.

zeitigen Zunahme der unmittelbaren Rauschgiftkriminalität fest, so daß sich kein reduzierender Effekt für die Gesamtkriminalität ergab. Lediglich bei einem Drittel, das die Behandlung beendet hatte, ergab sich eine Abnahme der Gesamtdelinquenz. Die Verurteiltenrate pro Süchtigenjahr betrug für diese in den verschiedenen Zeiträumen: 0.08, 0.50, 0.51, 0.28¹.

Zu negativen Ergebnissen hinsichtlich der Kriminalitätsreduzierung durch eine beschränkte Legalisierung kommen ebenfalls die Studien von Mott² und Gordon³.

bb) Kritik

Der Aussagewert der empirischen Programm- und Globalstudien könnte - abgesehen von den sich widersprechenden Ergebnissen - schon dadurch eingeschränkt sein, daß ihre Ergebnisse aufgrund methodischer Fehler in der Vorgehensweise und Auswertung zustandegekommen sind.

Gegen sie muß im einzelnen folgende Kritik vorgebracht werden:

¹ Wiepert/D'Orban/Bewley, S. 14-23.

² Mott, S. 80-88.

³ Gordon: British Journal of Psychiatry 1973, S. 205-210 und 1978, S. 21-26.

(1) Programmstudien

(aa) Datengewinnung aus offiziellen Statistiken
und Interviews

Die Mehrzahl der Studien stützt sich bei dem zur Effektivitätskontrolle ihrer Programme vorgenommenen Vergleich der Entwicklung der kriminellen Aktivitäten vor und nach Beginn der Behandlung auf die Bezugsgrößen: bekannt gewordene Delikte, Verhaftungen und Verurteilungen, wie sie in den offiziellen Statistiken der formellen Reaktionsseite registriert worden sind¹. Hierbei übersehen sie, daß die offiziell den Instanzen der sozialen Kontrolle bekannt gewordene Delinquenz nur einen kleinen Ausschnitt der wirklich begangenen Kriminalität umfaßt, da das bei den Drogendelikten sehr hohe Dunkelfeld nicht miteinbezogen wird und somit nur lückenhafte Äußerungen über den Stand der von Süchtigen tatsächlich begangenen Kriminalität getroffen werden können².

Ferner muß die in den Sekundärstatistiken festgelegte Kriminalität auch als Selektionsmaßnahme verstanden werden, die jeweils Ausdruck des vorherrschenden Verhaltens der Reaktionsseite ist, und nicht losgelöst von den vor, während und nach der Behandlung geltenden individuellen und gesellschaftlichen Ent- bzw. Kriminalisierungstendenzen gesehen werden darf³.

¹ Maddux/Bowden, S. 103; Cohen/Howard/Klein/Newfield, S. 289.

² Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 106, 107.

³ Ders., S. 110, 111.

Es wäre somit durchaus denkbar, daß der dokumentierte Rückgang der Kriminalität mehr durch eine verminderte Reaktion der formellen Instanzen der sozialen Kontrolle als durch eine tatsächliche Kriminalitätsaufgabe der Süchtigen bedingt wird. Diese reduzierten Interaktionsprozesse könnten zurückzuführen sein auf einen Wandel in der Polizeitaktik, die bei der Bekämpfung nicht mehr primär beim Süchtigen, sondern beim nicht abhängigen Händler ansetzt¹, oder aber auf eine veränderte Einschätzung des Methadonpatienten als behandeltem Kranken und nicht mehr als süchtigem Kriminellen. Insbesondere bei Patienten von Programmen, die unter Mitwirkung und in Zusammenarbeit mit der Reaktionsseite durchgeführt werden, und in Staaten, in denen nicht das starre deutsche Legalitätsprinzip gilt, könnte eine Neigung der Polizei und der Justiz entstehen, weniger repressiv gegen Erhaltungspatienten vorzugehen. Die Konfliktregelung wird dann bei kleineren Straftaten stärker der therapeutischen Seite übertragen. Es entstehen Abreden zwischen Polizei und Klinik dergestalt, daß sich die Polizei bei Straftaten von Erhaltungspatienten mit der Klinik berät und bei der Möglichkeit einer sinnvollen und Erfolg versprechenden therapeutischen Intervention von einer offiziellen Verhaftung absieht².

Umgekehrt könnte aber auch die Situation entstehen, daß sich die Kriminalisierungsprozesse nach Eintritt in die Erhaltungstherapien verstärken. Legalisierungspatienten sind, da sie Kontakt zur Klinik halten, sozial sichtbarer, und es ist der Polizei leichter möglich, konzentriert große Gruppen von Süchtigen zu observieren und damit eine erhöhte

¹ Sechrest, S. 384, 385; Martin, S. 28.

² So die Regelung zwischen der Amsterdamer Polizei und der Jellinek Klinik.

Sozialkontrolle auszuführen¹. So schenkte denn z.B. die Polizei den Toiletten in der Nähe einer Klinik im Süden Londons erhöhte Aufmerksamkeit, weil sich dort legalisierte Fixer versammelten, um sich das in der Klinik erhaltene Opiat zu spritzen².

Ferner könnte ein verändertes Selbstverständnis der Instanzen der sozialen Kontrolle, die den Süchtigen nicht mehr als bedauernswerten Fixer ansehen, sondern als behandelten Patienten, der der Chance zur Aufgabe seiner Sucht erhalten hat, bei Fortsetzung der Kriminalität, etwa beim Handel mit Klinikmethadon, die Neigung zu repressiveren Reaktionen erhöhen. Verstärkt werden könnte dieser Prozeß noch durch eine generelle Ablehnung der Erhaltungstherapien. Besonders die Polizei in den USA scheint den Methadonprogrammen skeptisch gegenüber zu stehen. Interviews mit 27 Polizeichefs der größten amerikanischen Städte ließen erkennen, daß die Mehrzahl von ihnen hierin keinen erfolgreichen Weg zur Resozialisierung der Süchtigen sah³. Eine Untersuchung der Einstellung von 73 Streifenpolizisten, die im Einzugsbereich des ATRC Programms in Brooklyn ihren Dienst versahen, bestätigt diese ablehnende Haltung. 85% der Befragten registrierten durch das Erhaltungsprogramm keinen Rückgang der Süchtigenkriminalität und lehnten die Programme ab. Nur 5% hielten es für kriminalpolitisch sinnvoller, Süchtige mit Methadon zu behandeln, als sie immer wieder zu verhaften. Gleichwohl verneinten alle Befragten eine

¹ Diese soziale Sichtbarkeit nutzte auch die deutsche Polizei, als sie, wie vom Bundesverfassungsgericht (Neue Juristische Wochenschrift 1977, S. 1489) festgestellt, in rechtswidriger Weise die Klinikunterlagen der Drogenberatungsstelle Aachen beschlagnahmte.

² Mott, S. 90.

³ Pomeroy, S. 39-44.

selektive Vorgehensweise speziell gegen Süchtige - seien sie nun in Behandlung oder nicht -, da sie sich von den Gerichten, die im allgemeinen weniger repressiv gegenüber Süchtigen eingestellt sind und diese mit Behandlungsaufgaben wieder entlassen, in ihren Bestrebungen, das Süchtigenproblem durch Verhaftungen und Gefängnisstrafen zu lösen, nicht unterstützt sahen. Dieses bedingte mit der Zeit eine Abstumpfung und ließ sie eher eine gleichgültige Haltung gegenüber Süchtigen einnehmen, was in der Studie durch unabhängige Beobachtungen und durch den geringen Anteil von Süchtigen an der Gesamtzahl der Verhaftungen (in fünf Monaten waren von insgesamt 892 verhafteten Personen nur 87 Süchtige) nachgewiesen werden konnte¹. Zumindest kann so für das ARTC Programm ausgeschlossen werden, daß ein Methadonpatient anderen Reaktionsprozessen unterliegt als ein unbehandelter Süchtiger². Cushman kommt für seine Untersuchung zu demselben Ergebnis³.

Dagegen betrachten die anderen Studien die Kriminalitätsentwicklung des Methadonpatienten zu statisch und zu punktuell und versäumen es, die Dynamik der Kriminalisierungs- und Entkriminalisierungsprozesse vor und nach Behandlungsbeginn mit in ihre Überlegungen einzubeziehen.

Unberücksichtigt bleibt auch bei allen Studien, daß sich durch die Erhaltungstherapien die körperliche und geistige Verfassung des Süchtigen entscheidend verbessert hat. Es wird nicht bedacht, daß jeder Süchtige infolge der Entzugerscheinungen bei der Tat unvorsichtig vorgeht und sich auf jedes Risiko einläßt, nur um das Opiat zu erhalten. Er ist damit

¹ Coates/Miller, S. 308-321.

² Sechrest, S. 384, 385.

³ Cushman: Federal Probation, S. 42.

anfälliger für Verhaftungen. Ein Substitutionspatient könnte, zumindest von der theoretischen Möglichkeit her, die Tat gezielter und vorsichtiger ausführen, so daß sein Verhaftungsrisiko mit der Behandlung sinkt.

Weiterhin wird die Qualität einiger Studien dadurch erheblich eingeschränkt, daß sie die Reaktionen der Instanzen der formellen Sozialkontrolle aus Statistiken entnehmen, die die bekannt gewordene Kriminalität nur lückenhaft erfassen¹.

Z.B. ermittelte Gearing² seine Arrestdaten durch Interviews und aus dem "New York City Narcotic Register". Dort werden zentral alle in New York begangenen Delikte der unmittelbaren Rauschgiftkriminalität registriert. Delikte der mittelbaren Rauschgiftkriminalität, insbesondere Beschaffungsstraftaten, werden nur aufgenommen, wenn der Verdacht besteht, daß sie von einem Süchtigen ausgeführt worden sind³. Durch diese Selektions- und Definitionsprozesse entsteht im "Narcotic Register" eine Unterrepräsentanz der Beschaffungskriminalität am Gesamtumfang der Delinquenz Süchtiger und damit auch eine Datenverzerrung in der Studie.

Cushman⁴ dagegen benutzte zu seinem Vergleich die in zwei Polizeibezirken, in denen die meisten Süchtigen ihren Wohnsitz hatten, registrierten Verhaftungen. Damit fehlen sichere Angaben über Verhaftungen in

¹ Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 234.

² Gearing, S. 175.

³ Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 234; zu weiteren Ungenauigkeiten dieses Registers: Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 14, 15.

⁴ Cushman: Federal Probation, S. 39.

anderen Bezirken. Ebenso besitzen die Statistiken der städtischen "Police Departments" (benutzt in den Studien von: Lukoff, Lukoff/Kleimann, Bowden/Maddux, Edwards/Goldner) nur Aussagewert über die Kriminalität, die in diesen Städten vor und nach der Behandlung begangen worden ist. Über Kriminalität an anderen Orten können sie keine Angaben machen. Allein durch die Heranziehung von Statistiken, die die Kriminalität in dem gesamten Staatsgebiet oder in einem Bundesstaat aufzeichnen (so: Nash, Sechrest, Jakobs) können diese Ungenauigkeiten weitgehend vermieden werden.

Von einem noch geringeren Beweiswert sind jene Studien, die ihre Daten nicht den offiziellen Statistiken entnehmen, sondern allein durch gezielte Interviews oder durch Auswertung von Klinikunterlagen, in denen Gespräche und Beobachtungen verzeichnet sind, versuchen, ein Bild über die kriminellen Aktivitäten der Patienten zu gewinnen (so: die Studien von der John Hopkins University, Paxton, Blumberg, Zacune, Dole). Verständlicherweise geben Patienten in Erhaltungsprogrammen nicht vollständig alle ihre Verhaftungen, Verurteilungen und nicht entdeckten Delikte dem Klinikpersonal bereitwillig an. Dies geschieht vor dem Beginn der Behandlung zum Teil aus Mißtrauen und nachher, weil sie Schwierigkeiten wegen eines fortgesetzten antisozialen Verhaltens fürchten und weil sie die Erwartungshaltung der Ärzte hinsichtlich eines Fortschritts in der sozialen Rehabilitation kennen. Dabei verhalten sie sich in ihren Angaben nicht anders als andere Kranke auch, die vom Arzt nach ihrem Alkohol- oder Nikotinkonsum gefragt, diesen herunterspielen, insbesondere wenn dieser im Laufe der Therapie verboten wurde. Negativen Einfluß auf die Genauigkeit solcher Befragungen haben zudem das begrenzte zeitliche Erinnerungsvermögen, die

Selbstdefinition von Kriminalität und die Selbstrechtfertigung und Selbstverleugnung der eigenen Kriminalität und deren Konsequenzen.

So ermittelte denn auch eine Studie von Lukoff, die Interviewdaten mit den Daten in der offiziellen Polizeistatistik verglich, daß die Befragten lediglich ein Drittel der bekanntgewordenen Arreste angaben¹.

(bb) Die untersuchte Gruppe

Zahlreiche Studien beziehen sich in ihren Forschungen nicht auf alle in das Programm aufgenommenen und behandelten Patienten, sondern nur auf eine kleine Teilgruppe aller Programmteilnehmer.

Zacune befragte lediglich 25 von 91 nach Großbritannien emigrierten Kanadiern, die dort mit legalisiertem Heroin versorgt worden waren.² Wiepert beschränkte seine Studie auf 235 von 573 Patienten³.

Diese nur exemplarische Analyse von Teilgruppen wird zum einen aus Gründen der methodischen Vereinfachung vorgenommen, zum anderen lassen sich die Daten für solche Programmteilnehmer nur schwer ermitteln, die bereits aus der Behandlung ausgeschieden sind und deren Aufenthaltsort nicht bekannt ist. Allerdings versäumen es alle Studien, ihre Selektionskriterien mitzuteilen oder Kontrollversuche innerhalb der Programmteilnehmer anzustellen, so daß Zweifel an der Repräsentanz der Untergruppen für alle Teilnehmer des gesamten Programms bestehen. Insbesondere

¹ Lukoff, S. 142.

² Zacune, S. 42.

³ Wiepert/D'Orban/Bewley, S. 15.

kann daher nicht ausgeschlossen werden, daß durch die Auswahl einer bestimmten Untersuchungsgruppe Einfluß auf das Ergebnis genommen wird.

Als wenig repräsentativ müssen auch solche Studien bezeichnet werden, die zur Untersuchung eine zu kleine Gruppe (Zacune 26; Paxton 25 Patienten) berücksichtigen oder deren Patientenpopulation sich erheblich von den durchschnittlichen Süchtigen unterscheidet.

Zacune z.B. befragte Patienten, die eigens aus Kanada emigrierten, um in Großbritannien mit einer Heroïnverschreibung ein neues Leben zu beginnen¹. Diese besonders hoch motivierten und mobilen Süchtigen sind sicherlich nicht mit den ansonsten in Kanada lebenden Süchtigen vergleichbar².

Mangelnde Repräsentanz und damit den Ausschluß einer Verallgemeinerung und Übertragbarkeit ihrer hohen Erfolgsergebnisse müssen sich auch die Studien über das von Dole/Nyswander betreute "Experimental Methadone Program" der Beth Israel Klinik in New York City vorhalten lassen. Durch sorgfältige Auswahl der Patienten, des Personals und der beteiligten Kliniken vor Beginn des Programms war bereits eine hohe Erfolgsquote vorprogrammiert. So wurden z.B. nur besonders motivierte Patienten - teilweise mußten sie auf die Behandlung sechs Monate bis ein Jahr warten - aufgenommen, die geringer in kriminelle Aktivitäten verstrickt waren, bessere Berufs- und Schulausbildung besaßen, "weißer" und älter waren, also insgesamt solche, die schon aufgrund ihrer Vorbedingungen bessere Startchancen zu einer sozia-

¹ Zacune, S. 42.

² Baridon, S. 9.

len Rehabilitation hatten¹.

Ferner muß bei der Bewertung der Erfolgsquoten mitberücksichtigt werden, ob die Studien bei ihrer Analyse alle, also auch die Abbrecher, oder aber nur die sich noch in Behandlung befindlichen Patienten miteinbeziehen². Bei der Mehrzahl der Studien werden nur letztere und nicht die gesamte mit der Behandlung beginnende Patientengruppe berücksichtigt. Bedenkt man aber, daß der größte Teil der Abbrecher wieder zum Heroin und damit zum alten kriminellen Lebensstil zurückkehrt und die Abbrecher, wie aufgrund einer Untersuchung zweifelsfrei festgestellt wurde³, die Patienten mit der höchsten kriminellen Aktivität vor und nach dem Eintritt ins Erhaltungsprogramm sind, so müssen Studien, die diese Abbrecher mitbedenken, bei der prozentualen Erfolgsquote schlechtere Ergebnisse erzielen. Begünstigt werden dagegen die hohen Erfolgsquoten der Studien, die nur noch die aktiven Patienten behandeln, durch den Prozeß der Selbstreinigung der Untersuchungsgruppe, da einige Programme, besonders die aus der Beth Israel Gruppe, Patienten, die weiter Drogen konsumierten, keine Arbeitsstelle fanden und ihre Kriminalität nicht aufgaben, wegen antisozialen Verhaltens ausschlossen. Hierdurch entsteht eine Positivierung der Untersuchungsgruppe, die ent-

¹ Lukoff, S. 138, 139, 141, 142; Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 231; Greenberg/ Adler, S. 256; Epstein, S. 7, 8; Perkins/Bloch, S. 33-39.

² Cohen/Howard/Klein/Newfield, S. 284.

³ Sechrest/Dunckley, S. 496, 497, 510; Lukoff, S. 147, 148.

sprechend in den Erfolgsquoten ihren Niederschlag findet¹.

Die empirischen Evaluationsstudien müssen demnach in ihrem Beweiswert dahingehend relativiert werden, daß der von ihnen zum größten Teil dokumentierte Erfolg sich nur auf noch im Programm befindliche Patienten bezieht. Diese Einschränkung der Ergebnisse erscheint sicherlich sinnvoll, da sich die Effektivität von Legalisierungsprogrammen nicht anhand solcher freiwilliger Abbrecher überprüfen läßt, die nur kurzfristig mit Methadon und den sozialen Hilfsangeboten behandelt worden sind. Auf der anderen Seite kann aber auch nicht ein Programm als Erfolg bezeichnet werden, bei dem nur noch ein kleiner Bruchteil der Anfangsgruppe aktiv, ohne kriminelle Delikte zu begehen am Programm teilnimmt, während der größte Teil der Abbrecher zu seinem alten kriminellen Lebensstil zurückkehrt. Insofern wäre es wünschenswert, in den Studien mehr zwischen aktiven Patienten und Ausgeschiedenen zu differenzieren und für beide Gruppen getrennt die kriminellen Aktivitäten innerhalb des Untersuchungszeitraums auszuweisen.

(cc) Vergleichszeiträume

Um detaillierte Ergebnisse zu erlangen, wäre es ebenfalls ratsam, daß die Studien für ihren Vergleich vor und nach der Behandlung eine größere zeitliche Basis zugrundelegen würden. Untersuchungszeiträume von nur einigen Monaten (John Hopkins University, Paxton) sind zu kurz, um ein Gesamtbild von dem Verlauf individueller Kriminalisierungspro-

¹ Epstein, S. 8; Lukoff, S. 142; Maddux/Bowden, S. 444; Bowden / Maddux, S. 922; McGlothlin / Anglin / Wilson, S. 295.

zesse entwerfen zu können. Dieses gilt vor allem für den Beobachtungszeitraum nach der Behandlung, denn einige Studien (Lukoff, Sechrest, Newman) haben gezeigt, daß die Kriminalität erst nach längerer Behandlung signifikant zurückgeht, was verständlich ist, da langeingeübte Gewohnheiten nicht abrupt aufgegeben werden.

Untersuchungen, die zwar einen größeren zeitlichen Rahmen wählen, begünstigen dagegen einen Anstieg ihrer Erfolgsquote, wenn sie zum Vergleich nur auf das Jahr vor Eintritt in das Behandlungsprogramm abstellen, denn gerade zu diesem Zeitpunkt erreicht die Kriminalität des Süchtigen ihren Höhepunkt, was zuletzt zu der Entscheidung beiträgt, sich einer Erhaltungstherapie zu unterziehen¹. Zieht man aber zum Vergleich mit der Behandlungszeit die durchschnittliche Kriminalitätsrate des gesamten Suchtzeitraumes heran, so fällt die Kriminalitätsreduzierung entsprechend niedriger aus (Hayimreport). Diese unterschiedliche Auswahl der Vergleichszeiträume kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß selbst bei Studien mit nur einem einjährigen Vergleichszeitraum die Reduzierung statistisch eingetreten ist und daß allenfalls bei der Gegenüberstellung und Vergleichbarkeit des Erfolgsergebnisses eine gewisse Vorsicht geboten ist.

Fehlerhaft sind dagegen solche Studien (z.B. Schut), die den prozentualen Anteil von Arresten innerhalb ihrer Patientengruppen für verschieden lange Zeiträume ermitteln und diese dann miteinander vergleichen².

¹ Lukoff, S. 146; McGlothlin, S. 361; Bowden/Maddux, S. 924; Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 233, 234; Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 107.

² Gossop, S. 814; Bowden/Maddux, S. 923.

(dd) Ungenügende Deliktsspezifizierung

Mehrheitlich befassen sich die Studien mit einer Analyse der Entwicklung der Gesamtkriminalität des Süchtigen, ohne bei ihren Untersuchungen nach Deliktgruppen zu differenzieren. Damit können anhand des vorliegenden empirischen Materials abschließend keine Rückschlüsse getroffen werden, ob die festgestellte Kriminalitätsreduzierung auf einen Rückgang der Beschaffungskriminalität oder auf einen der unmittelbaren Rauschgiftkriminalität zurückzuführen ist. Zudem kommen noch die wenigen Studien, die eine Differenzierung zwischen den Drogendelikten und der Beschaffungskriminalität vornehmen, wobei meistens eine weitere Unterscheidung zwischen Handels- und Konsumkriminalität unterbleibt, zu konträren Ergebnissen.

Bei den Patienten von Jacobs betrug die Arrestrate für die Drogendelikte vor und nach der Behandlung 0.18 und 0.03. Bei den anderen Delikten veränderte sich die Rate jedoch nur geringfügig von 0.16 auf 0.12¹. Ebenfalls nur einen Rückgang der unmittelbaren Drogenkriminalität verzeichnete die Studie von Kleiman/Lukoff, gleichzeitig stieg jedoch die Eigentumskriminalität im Behandlungszeitraum an, so daß eine Gesamtreduzierung der Kriminalität nicht eintrat².

Lukoff stellte für das von ihm untersuchte Programm sowohl bei den unmittelbaren Drogendelikten als auch bei den Beschaffungsdelikten eine Reduzierung fest. Diese war aber bei der unmittelbaren Rauschgift-

¹ Jacobs/Doft/Koger, S. 55.

² Kleiman/Lukoff, zitiert bei Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 243, 257.

kriminalität doppelt so hoch wie bei den Diebstahlsdelikten¹. Nash dagegen fand in seiner ersten Studie einen gleichmäßigen Rückgang beider Deliktsgruppen².

Bestätigt wird dies auch durch die Studien von Cushman³ und Schut⁴.

Bowden/Maddux wiederum kamen zu dem Ergebnis, daß sich die Reduzierung zu 40% nur bei den Eigentumsdelikten auswirkte, während die Anzahl der unmittelbaren Drogendelikte weiter anstieg⁵.

(2) Regionale Kriminalitätsstudien

(aa) Kriminalitätsentwicklungen und statistisch erfaßte Kriminalität

Wie bereits bei den Programmstudien vorgebracht worden ist, muß auch gegen die regionalen Kriminalitätsstudien als Kritik eingewendet werden, daß sie nur aufgrund der von den Instanzen der sozialen Kontrolle registrierten Kriminalität eine kriminalitätsreduzierende Wirkung der Erhaltungsprogramme definieren. Dabei übersehen sie, da grundsätzlich keine Identität zwischen festgestellter und begangener Kriminalität besteht, daß sich das Ausmaß der tatsächlich begangenen Kriminalität nur bedingt und

¹ Lukoff, S. 145.

² Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 257.

³ Cushman: Federal Probation, S. 40.

⁴ Schut/Steer/Gonzalez, S. 91.

⁵ Bowden/Maddux, S. 926.

ungenau festlegen läßt, wenn nicht gleichzeitig die jeweils herrschenden Kriminalisierungs- und Entkriminalisierungsprozesse in die Analyse miteinbezogen werden. So hätten sie die zwischen den beiden Prozessen stattfindende Wechselwirkung berücksichtigen müssen, die durch die jeweiligen Reaktionsprozesse der Instanzen der sozialen Kontrolle (z.B. Verfolgungsintensität), dem Rechtsbewußtsein der Bevölkerung und dem Opferverhalten (z.B. Anzeigebereitschaft) gesteuert wird¹. Denkbar ist es deshalb auch, daß im Untersuchungszeitraum der Studien das gesamte regionale Kriminalitätspotential gleich geblieben oder sogar gestiegen ist und sich nur der Anteil von angezeigter Kriminalität und Dunkelfeld zugunsten des letzteren verschoben hat und damit nur eine statistische, aber keine faktische Reduzierung eingetreten ist.

(bb) Vereinfachende Kausalverknüpfung

Selbst wenn man einmal unterstellt, daß das gesamte Kriminalitätspotential, also Dunkelfeld und registrierte Kriminalität, nach Einführung der Erhaltungsprogramme tatsächlich gesunken ist, so kann keine zweifelsfreie Kausalverknüpfung zwischen der Einführung und dem Rückgang hergestellt werden. Vielmehr könnten für den Rückgang auch andere die Kriminalitätsentwicklung entscheidend beeinflussendere und plausiblere Prozesse ursächlich geworden sein², wie z.B. die Bevölkerungsentwicklung (Ab- oder Zuwanderung jüngerer Leute), die Arbeitsmarkt-

¹ Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 107; Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 10-12.

² Greenberg/Adler, S. 255; Weissman, S. 10.

lage und Wohlfahrtsprogramme mit einer Verbesserung der sozialen und ökonomischen Strukturen¹.

Nicht nachvollziehbar ist ebenfalls, ob der Rückgang der registrierten Kriminalität ausschließlich einem veränderten Verhalten von Süchtigen angelastet werden kann, da die Statistiken nicht zwischen der Kriminalität süchtiger und nicht süchtiger Gruppen unterscheiden, so daß sich der genaue Anteil der Süchtigen an der behaupteten Kriminalitätsreduzierung nicht spezifizieren läßt².

Hinzu kommt, daß als Indikator zur Festlegung der Kriminalitätsentwicklung der Süchtigen die Delikte der Eigentumskriminalität herangezogen wurden, was unbelegt unterstellt, daß die Mehrzahl dieser Delikte gerade von Süchtigen begangen wird³. Dabei bleibt auch unberücksichtigt, daß Süchtige während des Untersuchungszeitraumes auf andere Deliktsgruppen und Formen nicht kriminalisierten, sozialabweichenden Verhaltens ausgewichen sein könnten und damit nur eine deliktsspezifische Reduzierung der Kriminalität eingetreten ist.

cc) Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Berechtigte Kritik und konträre Ergebnisse legen nun die Frage nahe, inwieweit die These, daß die beschränkten Legalisierungsprogramme eine kriminalitätsreduzierende Wirkung, insbesondere hinsichtlich der Beschaffungskriminalität, herbeizuführen vermögen, als empirisch gesichert angesehen werden kann.

¹ The National Institute on Drug Abuse: Drug Use and Crime, S. 89.

² Dasselbe, S. 21, 104.

³ Weissman, S. 12.

Die Analyse der einzelnen Studien läßt nur die folgenden Rückschlüsse zu:

- Studien, die die Gesamtkriminalität innerhalb einer Region nach Einführung der Erhaltungsprogramme untersuchen, haben wegen der Nichtbelegbarkeit der von ihnen vorgenommenen Kausalverknüpfung keinen Beweiswert.
- Aufgrund von Unzulänglichkeiten in der methodisch-empirischen Vorgehensweise (Interviews, Vergleich von verschiedenen langen Untersuchungszeiträumen, zu kurze Untersuchungszeiträume) ist bei einigen Studien zweifelhaft, ob ihre Ergebnisse nicht nur Ausdruck dieser Mängel sind. Ihr Beweiswert ist deshalb stark eingeschränkt.
- Daneben kommt eine Reihe von Studien mit besserer empirischer Qualität zu positiven Ergebnissen für die im Programm verbliebenen Patienten. Diese Studien unterscheiden sich jedoch deutlich hinsichtlich des prozentualen Erfolgsergebnisses.

Eine 90% oder geringfügig darunterliegende Reduzierung der statistisch erfaßten Kriminalität erreichten vor allem die Studien aus der Beth Israel Gruppe. Ob dies auf die extremen Auswahlkriterien oder die optimale Durchführung der Programme zurückzuführen ist, läßt sich anhand der veröffentlichten Unterlagen nicht ermitteln. Spätere Programme konnten an diese Erfolge nicht mehr anknüpfen und von einer ähnlich hohen Erfolgsquote in ihren Untersuchungen berichten.

- Realistischer erscheint es deshalb, von einer geringeren Reduzierung auszugehen, wobei der Rückgang individuell unterschiedlich ausgerichtet ist, da die Erfolgsquote nur für alle Programmteil-

nehmer durchschnittlich errechnet wird. Diese Erfolge erscheinen um so größer, je länger die Patienten an den Programmen teilnehmen und je älter die Patienten sind, da sie sich gerade in diesem Stadium im Prozeß des Abklingens ihrer Sucht- und Kriminalitätskarriere, dem sogenannten *matering out*¹, befinden. Bei den positiven Erfolgsergebnissen ist ferner zu berücksichtigen, daß einige Patienten aus den Programmen ausscheiden und zum größten Teil wieder zur Sucht und Kriminalität zurückkehren, was durch die Statistiken nicht erfaßt wird.

- Auffallend ist auch, daß bei einer Gesamtsicht der britischen Studien diese im Erfolgsergebnis schlechter abschneiden als die amerikanischen. Dieses mag darauf zurückzuführen sein, daß sich in Großbritannien lediglich eine kleine Zahl von Psychiatern immer wieder mit der empirischen Erforschung ihrer Programme beschäftigt, so daß Zweifel an der Repräsentanz der untersuchten Gruppe zu erheben sind. Insofern besteht auch ein Forschungsdefizit², das noch verschärft wird durch die schlechte empirische Qualität der britischen Studien, die zum größten Teil auf Interviewbasis arbeiten und ihren Untersuchungen zu kurze Vergleichszeiträume zugrundelegen.
- In einem viel geringeren Umfang als die Studien mit positiven Erfolgsquoten konnten einige Studien keine Reduzierung der Kriminalität feststellen.
- Mutmaßliche Gründe für diese Divergenz könnten in dem unterschiedlich ausgesuchten Patientengut (Motivation, sozialer Status und Herkunft, Dauer

¹ Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 86-88.

² Edwards in: West, S. 32.

der Heroinabhängigkeit, Behandlungserfahrung, Delinquenzvorbelastung), in der Durchführung der Programme (Zielsetzung, Dosierung der Erhaltungsdrogen, Qualität der sozialen Hilfen, Personalkapazität und Personalausbildung, Koordination und Kooperation mit den Instanzen der sozialen Kontrolle, finanzielle Unterstützung) oder in den tatsächlich herrschenden Verhältnissen (Heroinganbot, -preis und -qualität) zu suchen sein.

- Welcher dieser Faktoren für das Zustandekommen der sich widersprechenden Ergebnisse letztendlich entscheidend mitverantwortlich sein könnte, läßt sich jedoch nicht zweifelsfrei ermitteln, da die Studien hierüber nur unvollständige Angaben enthalten und wegen einer mangelnden Standardisierung der Programme eine Vergleichbarkeit kaum erreichbar ist¹.

Solange es aber die sich widersprechenden empirischen Ergebnisse gibt und sich die Ursachen für das unterschiedliche Zustandekommen nicht zweifelsfrei aufklären lassen, ist der empirische Beweis nicht gänzlich abgesichert und damit angreifbar. Allenfalls kann man die Feststellung treffen, daß eine Mehrzahl von Studien gleicher methodischer Qualität Behandlungserfolge dokumentieren und Mißerfolge nur von einem geringen Teil solcher Studien verzeichnet werden.

Nicht ausgeräumt bleibt bei den Studien aber der Mangel, daß sie sich nur auf die Entwicklung der durch die Instanzen der sozialen Kontrolle festge-

¹ Nash in: The National Institute on Drug Abuse (Appendix), S. 260 konnte bei dem Vergleich seiner zahlreich untersuchten Methadonprogramme keine gesicherten Erfolgs- oder Mißerfolgsfaktoren feststellen.

stellten Kriminalität stützen, und der Wandel somit auch Ausdruck der veränderten Interaktionsprozesse sein könnte, und ferner, daß sich die Erfolge nicht eindeutig auf eine Reduzierung der Beschaffungskriminalität beziehen lassen.

Letzte Klarheit über das Verhältnis von beschränkter Legalisierung und Beschaffungskriminalität kann nur erreicht werden, wenn es gelingt, die eigentlichen Ursachen der Beschaffungskriminalität zu ermitteln, da nur eine Ursachenanalyse die Möglichkeit eröffnet, die Sachgerechtigkeit, Angemessenheit und Effizienz gesellschaftlicher Reaktionsprozesse abschließend zu beurteilen.

dd) Ursachenstandpunkte

Welche Ursachen nun der Beschaffungskriminalität des Süchtigen zugrundeliegen, wird nicht einheitlich beurteilt, sondern diese Problematik gehört - nicht zuletzt, weil sich damit Entscheidungen in der Drogenpolitik legitimieren lassen - zu den umstrittensten Kapiteln in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Rauschgiftkriminalität schlechthin¹.

Herausgebildet haben sich zwei Forschungsstandpunkte, die zum Teil auch die konträren empirischen Studienergebnisse für sich in Anspruch nehmen.

(1) Der süchtige Kriminelle

Eine täterorientierte Auffassung geht davon aus, daß es sich bei dem Drogensüchtigen um eine psychopa-

¹ McGlothlin, S. 357ff; Gandossy/ Williams/ Cohen/ Harwood, S. 79ff mit weiteren Hinweisen.

thische oder aufgrund von Sozialisationsdefiziten sozial gestörte Persönlichkeit handelt¹. Diese psychosoziale Störung bedingt eine Verwobenheit des Drogenkonsums mit einer Vielzahl delinquenter Verhaltensweisen im Rahmen einer allgemeinen Verwahrlosungsentwicklung². Da der Fixer eine delinquente Vorbelastung besitzt und die Kriminalität der Sucht vorausgeht, bildet sie nur einen Aspekt seiner gesamten antisozialen Haltung³.

Folgerichtig begeht der Süchtige die Beschaffungskriminalität nicht, weil er durch die Sucht dazu gezwungen wird, sondern allein aufgrund seiner kriminellen Veranlagung bzw. seiner sozialen Gestörtheit und Verwahrlosung⁴. Durch die Sucht kommt es bei ihm lediglich unter Beibehaltung der früheren kriminellen Aktivitäten zu einer Verlagerung dergestalt, daß er die Gewinne aus seiner Delinquenz nicht nur zur Aufrechterhaltung seines allgemeinen Lebensunterhaltes einsetzt, sondern sie zur Beschaffung von Drogen verwendet.

Ist die Sucht aber nicht alleinige Ursache der Beschaffungskriminalität des Süchtigen, so kann auch eine beschränkte Legalisierung an seiner kriminellen Prädisposition nichts ändern, sondern die kriminelle Einstellung wird, trotz der Möglichkeit, zur finanziellen Deckung der Drogensucht keine Straftaten

¹ Für viele: Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 388.

² Ders.: Neue Juristische Wochenschrift 1979, S. 2375.

³ Gordon 1973, S. 209.

⁴ Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 409; Coignera-Weber/Hege, S. 137.

mehr begehen zu müssen, beibehalten¹.

Eine beschränkte Legalisierung würde dem Süchtigen sogar die Gelegenheit bieten, von dem Zwang befreit, seinen Lebensrhythmus und -inhalt auf die Beschaffung von Drogen ausrichten zu müssen, seine kriminellen Energien besser auszunutzen.

Begründet wird diese Auffassung vor allem mit der zeitlichen Abfolge von Sucht und Kriminalität.

Insbesondere britische Untersuchungen² lassen den Schluß zu, daß viele Süchtige häufiger als vergleichbare Nichtsüchtige ihrer Altersgruppe bereits vor Suchtbeginn wegen eines kriminellen Delikts verurteilt worden sind. Das prozentuale Verhältnis dieser Vorstrafen vor Suchtbeginn divergiert je nach Untersuchungsgruppe von 30%³, 47%⁴, 48%⁵, 67,4%⁶, bis 77%⁷.

Zahlreiche amerikanische Vorstrafenstudien konnten diese Ergebnisse bestätigen⁸.

¹ Kreuzer: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, S. 376; ders.: Drogen und Delinquenz, S. 386.

² Mott/Taylor, S. 2; Edwards: in West, S. 2.

³ Mott/Taylor, S. 6.

⁴ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 122 mit weiterem Hinweis.

⁵ Gordon 1973, S. 207.

⁶ SWOARD, S. 17 mit weiterem Hinweis.

⁷ Mott/Taylor, S. 2 mit weiterem Hinweis.

⁸ Greenberg/Adler, S. 223-228; Baridon, S. 17-20; Platt/Labate: Heroinsucht, S. 120-122; Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 67-70 mit weiteren Hinweisen.

Auch Kreuzer stützt seine These auf die bei den von ihm interviewten deutschen Fixern festgestellte, erhebliche Delinquenzdisposition vor der Aufnahme des Drogenkonsums¹.

(2) Der zum Kriminellen abgestempelte Süchtige

Anhänger einer soziologischen kritischen Kriminologie, die dem Labelingansatz nahestehen, sehen die Beschaffungskriminalität als unausweichliche Folge eines gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses an, der dem Süchtigen keine andere Wahl mehr läßt, als zur Finanzierung seines Drogenkonsums kriminell zu werden.

Sie weisen darauf hin, daß vor der gesetzlichen Definition des Drogenkonsums als Straftat, Anfang des 20. und Ende des 19. Jahrhunderts, Süchtige, die ihr Opiat legal bezogen, als angesehene Bürger, ohne je mit dem Gesetz in Konflikt geraten zu müssen, leben konnten. Zu dieser Zeit habe es demnach auch keine Beschaffungskriminalität von Süchtigen und kein Drogenproblem im heutigen Sinne gegeben. Erst die Prohibitionsgesetzgebung in Europa und den USA nach Abschluß des Versailler Friedensvertrages habe die Süchtigen zu Kriminellen abgestempelt und sie gesellschaftlich isoliert. Weitere Auswirkung dieses gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses sei ferner die Schaffung eines vom organisierten Verbrechen beherrschten Schwarzmarktes, ein Anstieg der Preise und eine Verschlechterung der Qualität gewesen. Gleichzeitig seien die Süchtigen zum Selbstschutz und wegen des Umstandes, daß sie nur dort das Opiat ohne Risiken erhalten konnten, in eine Subkultur hineingezwungen worden. Die Beschaffungskrimina-

¹ Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 409-419.

lität entstehe einzig und allein aufgrund der durch Kriminalisierung und Prohibition geschaffenen ökonomischen Situation des Süchtigen, der mit einem geregelten Durchschnittseinkommen die durch das organisierte Verbrechen diktierten Monopolpreise für Heroin nicht bezahlen könne und der, wenn ihm keine staatlichen Ausweichprogramme zur Verfügung stünden, seine Sucht ausschließlich durch Straftaten zu finanzieren versuche.

Eine Legalisierung aber befreie ihn von diesem Zwang, und er könne, wie der Süchtige in vergangenen Zeiten oder der Opiumveteran, fortan ein straffreies Leben führen.

Zum Beweis für die These, daß eine Rücknahme des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses einen Rückgang der Beschaffungskriminalität bewirkt, wird von dieser Auffassung häufig auf die Erfolge des alten "British System" verwiesen, bei dem legal versorgte Süchtige - anders als z.B. ihre der Prohibition ausgesetzten amerikanischen Konterparts - weniger deliktbelastet waren¹.

(3) Kritik

Diese von beiden Auffassungen betriebene Polarisierung der Problematik auf die Thesen vom süchtigen Kriminellen oder vom zum Kriminellen gemachten Süchtigen muß jedoch als zu vereinfachend abgelehnt werden, da sie nur ausschnitthaft, ausgehend von zwei antagonistischen Prototypen von Süchtigen, die Ursachenkomplexität der Beschaffungskriminalität erfaßt.

¹ Lindesmith: The Addict and the Law, S. 128, 131, 162f; ders.: Addiction and Opiates, S. 220-222; Brecher, S. 1-100, 115-134; Schur, S. 120-168.

Die erste Auffassung leugnet ein Bedingungsgefüge in dem Sinne, daß sich die Kriminalität erst als zwangsläufige Folge der Sucht darstellt. Dagegen spricht allerdings, daß allein der Hinweis auf etwaige Vorstrafen und eine einfache temporale Verknüpfung, kein sicherer Beweis dafür ist, daß sich die Beschaffungskriminalität nur im Rahmen eines allgemeinen Verwahrlosungsprozesses entwickelt. So kann generell nicht ohne weiteres unterstellt werden, daß bei jedem Vorbestraften durch den registrierten Kontakt mit den Instanzen der sozialen Kontrolle eine Delinquenzkarriere beginnen muß. Dieses läßt sich nur individuell aufgrund einer genauen Analyse der Art und Schwere der Tat und des Ausschlusses eines zufälligen und selektiven Vorgehens der Reaktionsseite prognostizieren.

Zweifel an der Aussage dieser täterorientierten Auffassung ergeben sich auch aus der Tatsache, daß die Vorstrafenbefragungen zum Teil an süchtigen Häftlingen vorgenommen worden sind, die eine höhere Vorstrafenhäufigkeit als die Normalbevölkerung aufweisen und damit auch nicht repräsentativ für alle Süchtigen sein können. Aber selbst wenn man, wie Kreuzer, diesen Kritikpunkt vermeidet und nicht durch die Instanzen der sozialen Kontrolle selektierte Fixer befragt, läßt sich im nachhinein nicht mehr aufhellen, ob die kriminelle Verhaltensweise bei Nichtabhängigkeit noch weiter beibehalten worden wäre oder ob es zu einem Abbruch der Kriminalität gekommen wäre, wie er sich bei vielen Jugendlichen nach einer gewissen sozialen Festigung beobachten läßt. Es ist deshalb nicht ausschließbar, daß die bereits vor Suchtbeginn vorhandene Kriminalität erst durch den Drogenmißbrauch unter den bestehenden gesellschaftlichen Bedingungen eine andere Quantität und Qualität erhält und somit dieser kriminalitätserhöhend und verfestigend wirkt.

In ihrer zu statischen Betrachtung legt diese Auffassung zudem ein zu großes Augenmerk auf Verhaltensweisen vor Suchtbeginn, ohne die wichtigen gesellschaftlichen Auswirkungen auf den Drogenkonsumenten zu bedenken. Die Beschaffungskriminalität wird dabei einzig als individuelles Problem verstanden, wodurch der Einfluß der hinreichend bekannten und empirisch bewiesenen Wechselwirkungsprozesse zwischen individueller Karriere und gesellschaftlicher Reaktion¹ übersehen wird. Diese Auffassung vermag deshalb nicht überzeugend zu erklären, warum es Opiumsüchtige gab, die in Gesellschaften, die den Konsum von Opiaten nicht kriminalisierten und den Erwerb von Drogen legalisierten, sozialintegriert leben konnten. Durch diese Unterbewertung der Auswirkungen des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses und der dadurch ausgelösten Stigmatisierungseffekte verkennt diese Auffassung auch, daß die Beschaffungskriminalität letztlich durch die Schwierigkeit bedingt und gefördert wird, mit legalen finanziellen Mitteln die Sucht in unserer Gesellschaft zu befriedigen, und daß zur Geldbeschaffung nur der Weg in die Kriminalität bleibt².

Gerade aber der hohe Preis, der in keinem Verhältnis mehr zu den Herstellungskosten steht, und die hierdurch ausgelöste ökonomische Notlage des Süchtigen müssen als Hauptfolge einer prohibitiven und kriminalisierenden Drogenpolitik bei der Ursachenanalyse mitbedacht werden. Eine ähnliche Situation bestand bereits durch die amerikanische Alkoholprohibition, als aufgrund einer moralisierenden, wissenschaftlich nicht durchdachten Drogenpolitik und einer nicht zu überzeugenden Konsumentenschar das organisierte

¹ Schneider in: Elster/Lingemann/Sievers/Schneider, Bd. 2, S. 536-548.

² Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 57.

Verbrechen die Chance nutze, einen schwarzen Alkoholmarkt aufzubauen, auf dem es dann die Preise diktieren konnte und der Alkoholsüchtige für schlechte Qualität diese Preise bezahlen mußte. Dieselben Effekte, wie Preiserhöhung, Abnahme der Qualität, Bildung eines schwarzen Marktes und Beherrschung des Angebotes durch das organisierte Verbrechen sind nunmehr ohne Zweifel Folge der repressiven Drogenpolitik.

So wichtig die Bedeutung des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses bei der Entstehung der Beschaffungskriminalität ist, vermag er jedoch für sich allein betrachtet nicht, wie es der Labelingsatz tut, die Ursachen in ihrer Gesamtheit aufzudecken. Insbesondere kommt es durch die zu starke Betonung des Gesetzgebungsprozesses zu einer Unterbewertung des devianten Handelns¹.

Ferner unterstellt diese Auffassung aufgrund ihres kulturhistorischen Vergleichsrückblicks ein Persönlichkeits- und Sozialbild von Süchtigen, das heute keine Gültigkeit mehr besitzt. Sie bedient sich, um die Auswirkungen der staatlichen Prohibitionsgesetzgebung zu beweisen, ausschließlich des sozial stabilisierten Opiumveteranen, der nach Berufsausbildung, hohem Sozialprestige und intakter Partnerbeziehung erst im späteren Lebensalter opiatsüchtig wird und den ein Verbot der legalen Befriedigung in eine Beschaffungsdelinquenz getrieben hätte. Bei einem Großteil der heutigen Süchtigen scheint jedoch hinreichend bewiesen², daß sie bereits vor Beginn ihrer Suchtkarriere sozial destabilisiert und mit kriminellen Delikten in Erscheinung getreten sind. Somit

¹ Schneider, in: Elster / Lingemann / Sievierts / Schneider, Bd. 2, S. 542-544.

² Berger/Reuband/Widlitzek, S. 24-44; Huncke, S. 45, 46

hat der gesellschaftliche Kriminalisierungsprozess nicht bei allen heutigen Süchtigen einen Kriminalitätsauslösungseffekt wie er es bei den Opiumveteranen unweigerlich haben würde, und wie es von dem Labelingansatz ausschließlich unterstellt wird, sondern ihm ist eine Verstärker- und Verfestigerfunktion bei bereits vor Suchtbeginn anlaufenden Kriminalitätskarrieren zuzuschreiben.

Soziale Destabilisierung und der gesellschaftliche Reaktionsprozeß bedingen damit gegenseitig die Beschaffungskriminalität und formen somit kriminelle Karrieren, wobei individuell unterschiedlich das eine oder andere Element überwiegt und es in einem geringen Umfang der Fälle auch denkbar ist, daß der Reaktionsprozeß bei bereits vor Suchtbeginn sozial stabilisierten Jugendlichen nicht nur eine beginnende kriminelle Karriere verstärkt, sondern diese erst auslöst.

(4) Interaktionismus

Wie bereits die Kritik gezeigt hat, lassen sich allein auf der Grundlage der interaktionistischen Theorie die Ursachen der Beschaffungskriminalität sachgerecht aufhellen, da nur dieser Ansatz den für die Entstehung jeder Kriminalität bedeutsamen dynamischen Wechselwirkungsprozeß zwischen individueller Karriere und gesellschaftlicher Reaktion miteinander¹.

¹ Rock, S. 99-133; Scheerer in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, S. 493, 494; Quensel, S. 10, 11; Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 222-224, allgemein zur Interaktionismustheorie: Schneider in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 536-548.

Danach muß zunächst unter Berücksichtigung des Aktionselementes davon ausgegangen werden, daß es sich bei dem überwiegenden Teil der heutigen Drogensüchtigen um Jugendliche handelt, die sozial destabilisierten Gruppen der unteren ökonomischen Schicht angehören und bereits vor Aufnahme regelmäßigen Heroinkonsums straffällig in Erscheinung getreten sind¹.

Zu dieser sich bei den Jugendlichen in Ansätzen abzeichnenden Kriminalitätskarriere entwickelt sich parallel und überschneidend ihre Drogenkarriere. Je tiefer nun der Jugendliche in die letztere verstrickt wird, je mehr er also vom gelegentlichen Probierer zum süchtigen Heroinkonsumenten wird, desto intensiver beschleunigt sich seine kriminelle Karriere. Dieses stärkere Abgleiten in die Kriminalität ist notwendigerweise die Folge des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses, der durch die strikte Errichtung einer absoluten Prohibition hohe Schwarzmarktpreise und damit auch eine ökonomische Zwangslage des Süchtigen bedingt. Verbraucht z.B. ein Süchtiger pro Tag nur ein Gramm Heroin, so kostet ihn seine Sucht je nach Qualität des Stoffes täglich 100 bis 300 DM², was einem finanziellen Monatsbedarf von 3.000 bis 9.000 DM entspricht.

Da der Süchtige aber keiner regelmäßigen Arbeit mehr nachgeht, weil er in seinem Denken und Handeln den ganzen Tag darauf konzentriert ist, Mittel zur Finanzierung seiner Sucht zu beschaffen, und er kaum über andere hohe legale Einkommensquellen verfügt, sondern durch soziale Reaktionsprozesse im Laufe

¹ Huncke, S. 45, 46; Pilgram, S. 136, Schneider: Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, S. 221, 223, 224; Brinkmann/Mätzsch/Püschel, S. 184.

² Huncke, S. 135; Meudt: Drogen und Öffentlichkeit, S. 48.

seiner Suchtkarriere weiter sozial destabilisiert wird und die repressive Betäubungsmittelgesetzgebung ihn hindert, auf Ersatzstoffe auszuweichen, bleibt ihm keine andere Wahl, als seinen täglichen Finanzbedarf durch Kriminalität zu decken.

Ein Leben in Heroinabhängigkeit ohne Beschaffungskriminalität, Dealen oder Prostitution ist in unserer Gesellschaft mit ihrem absoluten Prohibitionsanspruch und dessen Durchsetzung mit den Mitteln des Strafrechtes für den jugendlichen Fixer nicht möglich.

Amerikanische Einkommensuntersuchungen belegen denn auch, daß der größte Teil der Unterhaltsmittel Süchtiger aus illegalen Erwerbsquellen stammt¹.

Dieser Zwang zur Kriminalität wird auch nicht, wie von der täterorientierten Auffassung behauptet, durch eine Verlagerung der Ausgaben gelöst, so daß die bereits im suchtfreien Stadium begonnene Kriminalität im gleichen Umfange fortgesetzt wird, sondern der stetig wachsende Geldbedarf bedingt eine Intensivierung der bereits vorhandenen Kriminalität und damit eine weitere Fort- und Festschreibung der kriminellen Karriere. Diesen sprunghaften Anstieg der Kriminalität nach Suchtbeginn konnten bereits die Studien feststellen, die sich mit der kriminalitätsreduzierenden Wirkung der Methadonerhaltungsprogramme auseinandersetzten². Spezielle Analysen, die sich ausschließlich mit der Frage des Anstiegs der

¹ Rachin/Czajkoski, S. 156; Baridon, S. 21; The National Institute on Drug Abuse: Drug Use and Crime, S. 106-108, Lukoff, S. 130-137.

² So der Hayim Report; Sechrest; Cushman: Federal Probation.

Kriminalität nach Suchtbeginn befassen, bestätigen diese Ergebnisse¹.

Allerdings muß auch gegen diese Studien vorgebracht werden, daß sie sich zur Beurteilung der Kriminalitätsentwicklung zum Teil auf offizielle Angaben der Instanzen der sozialen Kontrolle stützen² oder aber daß ihnen Süchtigeninterviews zugrundeliegen³. Somit könnte der Anstieg der Kriminalität auf ungenauem oder unvollständigem Datenmaterial basieren, oder er könnte lediglich Ausdruck eines größeren Verhaftungsrisikos sein, das infolge der Transparenz durch Kontaktaufnahme und Integration in die Subkultur nach Suchtbeginn zunehmend ansteigt. Denkbar wäre es auch, daß, wie von Greenberg/Adler aufgrund einer Literaturstudie verschiedener Untersuchungen behauptet wird, die Kriminalität nach Suchtbeginn tatsächlich intensiviert wird, daß dieser Anstieg jedoch nur durch ein Alter der Süchtigen verursacht wird, in dem sie besonders anfällig für kriminelle Delikte sind⁴.

Um diese Kritikpunkte auszuräumen, erstellte McGlothlin eine dynamische Karriereuntersuchung, in der er die offiziell registrierten Arrestdaten für die Beschaffungskriminalität mit der selbstberichteten Kriminalität von insgesamt 690 Teilnehmern des "California Civil Addict Programms" ein Jahr vor dem ersten Drogenkonsum bis zum Zeitpunkt des Interviews komplementierte und verglich⁵.

¹ Inicardi/Chambers, S. 125-130; Greenberg/Adler, S. 241-224; Gandossy/Williams/Cohen/Harwood, S. 80-82, McGlothlin, S. 360 mit weiteren Hinweisen.

² Siehe S. 201-206 der Arbeit.

³ Siehe S. 206-207 der Arbeit.

⁴ Greenberg/Adler, S. 260.

⁵ McGlothlin/Anglin/Wilson, S. 293-315.

In einer ähnlichen methodischen Vorgehensweise - unter Verwendung von Interviews und offiziellen Statistiken - untersuchte bereits zwei Jahre zuvor Weissman die Kriminalitätsentwicklung von 200 süchtigen Häftlingen des Denver Stadt Gefängnisses¹.

Beide Analysen kamen in empirisch kaum zu beanstandender Vorgehensweise übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß es mit einsetzendem Suchtbeginn automatisch zu einem drastischen Anstieg der Beschaffungskriminalität kommt².

Untermauert wird dieses Ergebnis noch durch die Beobachtungen von McGlothlin, der feststellte, daß die Kriminalität in drogenfreien Intervallstadien während der Sucht wieder abnahm³, was eindeutig gegen die These von Greenberg/Adler sprechen muß.

Damit dürfte empirisch abgesichert und bewiesen sein, daß der gesellschaftliche Kriminalisierungsprozeß in der Form der absoluten Prohibition und ihrer Durchsetzung mit den Mitteln der Pönalisierung kriminalitätsfördernd wirkt. Der Süchtige wird in eine Konsum- und Beschaffungskriminalität gezwungen, die ihn in den Kontakt mit den Instanzen der sozialen Kontrolle bringt und Stigmatisierungsprozesse auslöst. Der Süchtige wird durch diese Reaktionen weiter in seine kriminelle Karriere hineingedrängt, und es kommt zu einer stärkeren Integration in die Subkultur, einhergehend mit der Übernahme und Verfestigung neuer krimineller Verhaltensmuster. Am

¹ Weissman/Marr/Katsampes, S. 153-165.

² Ball/Rosen/Flueck/Nurco S. 39: "Es besteht ziemlich Einigkeit unter Kriminologen, daß in den USA ein Kriminalitätsanstieg sich gewöhnlich als Folge des Beginns der Heroinsucht einstellt".

³ McGlothlin/Anglin/Wilson, S. 293-315; ebenfalls: Ball/Rose/Flueck/Nurco, S. 39-65.

Ende erkennt er, daß Kriminalität für ihn profitabler sein kann als geregelte Arbeit¹ und er akzeptiert die Kriminalität als seinen Lebensstil.

ee) Resümee

Unter Zugrundelegung des interaktionistischen Ursachenverständnisses, das die Einkommens- und Beschaffungskriminalität der Süchtigen in Beziehung zu Aktions- und Reaktionsprozessen setzt, ist die kriminalitätsreduzierende Wirkungsweise der beschränkten Legalisierung und ihr Umfang ohne Schwierigkeiten erklärbar.

Durch die Aufhebung der Prohibition entfällt der ökonomische Druck, zur täglichen Beschaffung größerer Geldmengen Straftaten begehen zu müssen, und damit eine wichtige Komponente des Kriminalisierungsprozesses. Diese weitgehende gesellschaftliche Reaktionsentschärfung wird zwar einen Teil der Süchtigenkriminalität reduzierend auffangen, sie vermag jedoch nicht einen zwangsläufigen Rückgang der gesamten Kriminalität herbeizuführen. Vielmehr ist zu bedenken, daß sich die Süchtigen bei dem Eintritt in beschränkte Legalisierungsprogramme auf verschiedenen Stufen ihrer Kriminalitätskarriere befinden und individuell unterschiedlich über verfestigte Karrieremuster und Reaktionserfahrungen verfügen. Für die Mehrzahl ist Kriminalität oftmals über Jahre zum Lebensinhalt geworden, da sie gelernt haben, Drogenbeschaffung und anderen Lebensunterhalt auf kriminellen Wege zu bestreiten. Eine entscheidene Unterbrechung dieser kriminellen Karrieren und die Aufgabe jeglicher krimineller Verhaltensmuster können nur sehr langsam erfolgen und werden nur

¹ Quensel: Kriminologisches Journal, S. 11

gelingen, wenn die beschränkte Legalisierung als umfassendes soziales Wiedereingliederungsprogramm in Freiheit eine echte Alternative zu dem bisherigen kriminellen Lebensstil anbietet. So ist z.B. durch Arbeitsplatzbeschaffungsmaßnahmen dem Süchtigen eine Finanzierung seines Lebensunterhaltes zu ermöglichen und einer Wohlfahrtsempfängermentalität entgegenzuwirken. Ihm ist mit einem Beruf bzw. mit Schulausbildung ein neuer Lebensinhalt zu schaffen, der auch die Langeweile auffangen kann, die ein Süchtiger, der infolge der Drogenbeschaffungssituation und der ewigen Jagd nach Drogen den ganzen Tag im Streß verbracht hat, durch die Substituierung empfindet. Ferner muß dem Süchtigen z. B. durch Kontakte die Chance eingeräumt werden, sich aus seiner desolaten Sozialstruktur zu lösen und soziale Beziehungen aufzubauen, um so aktiv an seinem Resozialisierungsprozeß mitzuwirken. Es sind also die gleichen Maßnahmen zu treffen, die von der modernen Kriminologie und Kriminalpädagogik¹ schon seit langem für stigmatisierte, sozialabweichende Randgruppen zur Beendigung dieser Karrieren immer wieder gefordert werden.

Eine beschränkte Legalisierung als reines Abgabesystem wird demnach nicht im Sinne eines Automatismus bei sozial geschädigten Süchtigen jegliche Einkommenskriminalität beseitigen. Methadon oder legales Opiat sind sicherlich kein Arzneimittel gegen Kriminalität, das quasi auf chemotherapeutischem Weg durch Abgabe eines Medikamentes die Kriminalität zu 95% eliminieren und Süchtige zu einer gänzlichen Aufgabe ihrer verfestigten Kriminalitätskarrieren bewegen kann. Solche in die Programme gesetzten Hoffnungen und Erwartungen sind

¹ Schneider: Kriminalistik, S. 84-90; ders. in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, S. 552, 553; Ergänzungsband S. 510-514.

unrealistisch. Eine umfassende Kriminalitätsreduzierung werden aber die Programme erzielen, die die Abgabe von Opiaten nur als eine Art Krücke verstehen, die in Verbindung mit umfassender Sozialtherapie den individuellen Kriminalisierungsprozeß positiv beeinflusst. Das bedeutet für den Süchtigen die Chance, ein straffreies Leben führen zu können, und trägt prophylaktisch dazu bei, einem weiteren Absinken in die Kriminalität entgegenzuwirken.

3. Gesamtergebnis: Kriminalitätsreduzierung und beschränkte Legalisierung

Die Darstellungen haben gezeigt, daß die drogenbedingte Kriminalität durch eine beschränkte Legalisierung entscheidend beeinflussbar ist, wobei sich graduelle Unterschiede aus der Substituierungsdroge und den Programmzielsetzungen ergeben können.

Zusammenfassend lassen sich folgende Ergebnisse feststellen:

- Jede beschränkte Legalisierung tangiert durch Kundenentzug die ökonomische Basis des Schwarzen Marktes und reduziert damit das Kriminalitätspotential des Großhandels. Zu einem gänzlichen Zusammenbruch des Schwarzen Marktes wird es allerdings nur bei einer Legalisierungskonzeption wie dem alten "British System" kommen, bei dem jeder Süchtige uneingeschränkt Heroin in reiner Form ohne Kosten und zum Spritzen erlangen konnte. Schon bei einer freien Methadonabgabe wird sich die Anzahl der davon profitierenden Süchtigen verringern, weil einige nicht auf Heroin und das Spritzen verzichten wollen und Methadon für sie

unattraktiv und nur als Verlegenheitslösung erscheint. Bei Erhaltungsprogrammen mit sozialtherapeutischen Rahmenbedingungen und Kontrolle der Abgabemodalitäten bleiben dem Schwarzen Markt, wie auch die Erfahrungen in den USA und Großbritannien gezeigt haben, noch genügend Kaufinteressenten erhalten. Ein Zusammenbrechen des Schwarzen Marktes ist deshalb nicht zu erwarten. Jedoch ist jeder Patient in den Erhaltungsprogrammen ein Verlust für den Schwarzen Markt und entsprechend der Anzahl von Programmteilnehmern wird der Einfluß und die Kriminalität des organisierten Verbrechens reduziert.

- Das Entstehen eines grauen Marktes kann nicht bei jeder Form der beschränkten Legalisierung ausgeschlossen werden. Das Ausmaß der Abzweigung von Opiaten aus den Legalisierungsprogrammen ist umso größer, je freizügiger die Abgabe und je unkontrollierter die Einnahme erfolgt. Man sollte aber das Problem der Etablierung eines grauen Marktes nicht überdramatisieren, da es nicht grundsätzlich gegen jede beschränkte Legalisierung spricht, sondern letztlich nur eine Frage von deren Durchführung ist. Ferner dürfen die positiven Aspekte eines solchen grauen Marktes nicht übersehen werden. Durch ihn werden von den Programmen nicht erreichbare Süchtige mitversorgt und damit der Markt- und Machtanteil des organisierten Verbrechens geschmälert. Allerdings müssen auch die potentiellen Gefahren, wie Anstieg der Todesfälle und Erhöhung der Süchtigenzahlen, eines sehr extensiven grauen Marktes mitbedacht werden.
- Erhöhende Auswirkungen auf die Süchtigenzahlen sind sicherlich durch eine Änderung des Rechtsbewußtseins oder durch eine zusätzliche aggressive Werbekampagne des Großhandels, um Marktanteile

zurückzuerobern, nicht zu erwarten. Nicht ganz geklärt ist allerdings, ob ein vermehrtes Angebot auf dem grauen Markt nicht auch eine vermehrte Nachfrage bedingen wird. Die Zwangsläufigkeit einer solchen unterstellten kausalen Verknüpfung konnte bisher nicht bewiesen werden. Letztlich dürfte es für die Erhöhung der Süchtigenzahlen entscheidender darauf ankommen, wie viele Probierer auf der Nachfrageseite aus individuellen und gesellschaftlichen Gründen eine potentielle Konsumbereitschaft besitzen, die sie realisieren wollen. Die Verfügbarkeit, also das Angebot, dürfte dabei nur Einfluß auf die Drogenwahl nehmen, nicht aber erst Konsumwünsche auslösen. Ohnehin dürfte die Anzahl dieser Probierer, die unter Schwarzmarktbedingungen und einem von Süchtigen beherrschten grauen Markt in der Subkultur Opiate injizieren wollen, aufgrund der auch weiterhin bestehenden negativen Stigmatisierung der Opiate und der Suchtgefahr gering sein. Zudem ist es diesem gefährdeten Personenkreis mit Zugang zur Szene bereits heute möglich, Opiate in ausreichenden Mengen zu erwerben. Opiate in begrenzter Anzahl vom grauen Markt können damit keine zusätzlichen Konsumanreize bieten, so daß die Anzahl der neuen Probierer der Personengruppe entspricht, die auch ohne das Bestehen eines grauen Marktes süchtig geworden wäre. Dieses beweist die Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, in der es ohne zusätzliches Angebot von Opiaten aus Legalisierungsprogrammen - ähnlich wie in den Ländern mit einer beschränkten Legalisierungspolitik - nach 1970 unaufhaltsam zu einem Anstieg der jugendlichen Konsumenten gekommen ist und somit andere Faktoren für den Anstieg ursächlich geworden sein müssen. Auszuschließen ist allerdings nicht, daß sich die mit jeder beschränkten Legalisierung verbundene Gefahr der Suchterhöhung konkretisieren

könnte, wenn sich die Abgabeform von Naturopiaten - nicht von Methadon - einer totalen Drogenlegalisierung annähern und eine breite Verfügbarkeit für viele Jugendlichen entstehen würde, die außerhalb des der abschreckenden Wirkung einer Drogensubkultur - anstelle des kulturintegrierten Alkohols - Opiate konsumieren könnten.

- Die gleichbleibend hohe Qualität der in Legalisierungsprogrammen abgegebenen Opiate ruft eine Besserung des gesundheitlichen Zustandes des Süchtigen hervor und wirkt bei oraler oder steriler Einnahme den typischen Süchtigenkrankheiten entgegen. Das Legalisierungsprogramm eröffnet ferner die Möglichkeit des regelmäßigen Kontaktes mit medizinisch geschultem Personal, so daß Spätschäden adäquat behandelt und neue Erkrankungen frühzeitig kontrolliert werden können. Die Nebenwirkungen der Opiate lassen sich allerdings nicht gänzlich ausschalten. Sie sind aber so geringfügig, daß sie einer beschränkten Legalisierung nicht kontraindizierend entgegenwirken. Schädigungen durch eine langfristige Opiateinnahme unter legalen Konsumbedingungen sind bisher nicht bekannt. Gesundheitliche Risiken bleiben aber bei der unsterilen Injektion weiter bestehen.
- Die Sterblichkeit Süchtiger kann durch die Legalisierungsprogramme bei strikter Befolgung der Programmregeln in den meisten Fällen reduziert werden. Aufgrund der Beibehaltung illegaler Konsumgewohnheiten und wegen des Umstandes, daß es sich bei den behandelten Süchtigen um gesundheitlich nicht intakte Gruppen handelt, ist es bisher in fast allen Programmen nicht gelungen, die Sterblichkeit entscheidend zu reduzieren. Durch die auch weiterhin auftretenden Spritzkrankheiten und durch den Konsum von Klinikmethadon zusammen mit

anderen Drogen stirbt etwa 1% der Programmteilnehmer, was in etwa der Mortalitätsrate unbehandelter Süchtiger entspricht. Auch darf nicht übersehen werden, daß durch den grauen Markt von Methadon neue Todesrisiken für Konsumenten entstehen, die nicht an den Programmen teilnehmen.

- Opiatkonsum und Arbeitsfähigkeit schließen sich nicht gegenseitig aus. Die beschränkte Legalisierung bietet in Verbindung mit Arbeitsplatzbeschaffungsmaßnahmen die Möglichkeit, eine berufliche Integration anzustreben. Bei einer großen Anzahl von Süchtigen scheitert diese jedoch an individuellen Faktoren, wie persönlicher Leistungseinstellung, fehlender Vorbildung, mangelnder Berufserfahrung und ungünstigen Umweltfaktoren, wie Ablehnung von stigmatisierten Randgruppen als Arbeitnehmer durch die Arbeitgeber und der allgemeinen Wirtschafts- und Arbeitsmarktlage. Unterbeschäftigung von Erhaltungspatienten spricht jedoch nicht generell gegen die sozialintegrierende Wirkung der beschränkten Legalisierung. Gegenüber der beruflichen Situation von nichtbehandelten Fixern bedeutet die Beschäftigung von Substitutionspatienten, selbst von nur wenigen, bereits einen Fortschritt.
- Die beschränkte Legalisierung bewirkt durch ein Zurücknehmen des gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses eine Entschärfung der gesellschaftlichen Reaktion auf Süchtige. Sie schafft ein Ausweichventil gegen den ökonomischen Druck, Straftaten zur Drogenbeschaffung begehen zu müssen. Die drogenbedingte Beschaffungskriminalität (Eigentumsdelikte, Dealen, Prostitution) läßt sich so um ca. 30-40% reduzieren. Ein weitergehender Rückgang kann erreicht werden, wenn dem Süchtigen im Rahmen einer Sozialtherapie in Freiheit Alter-

nativen zur Wiedereingliederung geboten werden, die ihn bewegen, seine Kriminalitätskarriere aufzugeben. Dies bedeutet dann die Chance, ein straf-freies Leben zu führen, und nicht zuletzt trägt es dazu bei, der Fortentwicklung krimineller Karrieren prophylaktisch entgegenzuwirken.

IV. INHALTLICHE AUSRICHTUNG EINER BESCHRÄNKTEN LEGALISIERUNG

Bereits bei der Erörterung der Kriminalitätsreduzierung durch die beschränkte Legalisierung ist angeklungen, daß die Modalitäten ihrer Durchführung unterschiedlichen Einfluß auf ihre Wirkungsweise ausüben. Will man sich also in Abwägung zu der gegen die beschränkte Legalisierung vorgebrachten Kritik und Ablehnung seitens einiger deutscher Drogenfachleute dennoch aufgrund ihrer kriminalitätsreduzierenden Wirkung für die Einführung der beschränkten Legalisierung als Alternative zur bestehenden Drogenpolitik entscheiden, so ist vorab zu klären, welches Modell die größtmöglichen Vorteile bietet.

1. Freie Abgabe oder Erhaltungsprogramme

Hinsichtlich der Abgabemodalitäten sind mit Einzelvariationen zwei Grundmodelle denkbar.

Bei einer freien Verschreibung erhält der Süchtige im Regelfall vom niedergelassenen Arzt oder von

einer staatlich legitimierte Anlaufstelle, wie im Fall anderer Krankheiten auch, auf Rezept ausreichend Opiate, die er nach Einlösung in einer Apotheke selbst konsumiert. Außer der medizinischen Versorgung und Überwachung des Gesundheitszustandes bleibt der Süchtige sich weitgehend selbst überlassen. Für erforderliche soziale Hilfestellungen ist er auf die bereits bestehenden allgemein zuständigen privaten oder staatlichen karitativen Institutionen angewiesen; dieses Modell entspricht dem alten "British System".

In den Erhaltungsprogrammen dagegen werden eine Anzahl Süchtiger zentral in einer Organisation zusammengefaßt. Eine speziell zur Süchtigenbetreuung etablierte und legitimierte Institution von Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen verordnet die Opiate und überwacht deren Einnahme. Durch die Befriedigung des Entzugssyndroms wird der Süchtige zunächst von dem physischen und psychischen Druck des Beschaffungszwanges befreit, der ihn sozial destabilisiert. Im Unterschied zu einer freien Abgabe jedoch wird nach der therapeutischen Zielsetzung der Erhaltungsprogramme der Faktor der Suchtbefriedigung als alleinige Problemlösung für noch nicht ausreichend erachtet, sondern der Süchtige soll nach einer vom Behandlungsteam erstellten Konzeption individuell durch ein soziales Netz von Hilfestellungen und Angeboten der Rehabilitation aufgefangen werden, um seine umfassende Reintegration zu ermöglichen.

Stellt man nun die Modelle gegenüber, so beinhalten beide Vor- und Nachteile.

Mit einer freien Abgabe ließen sich, da nicht jeder Süchtige bereit ist, sich einer sozialtherapeutischen Konzeption mit einem gewissen Reglement zu unterwerfen, weitaus mehr Süchtige erreichen und der

Marktanteil des organisierten Verbrechens entscheidender reduzieren. Allerdings entsteht zwangsläufig mit einer unkontrollierten Verteilung von Opiaten zum Selbstkonsum ein sehr extensiver grauer Markt, wie dies auch in Großbritannien vor 1968 der Fall war. Dieses könnte zwar durch gewisse Kontrollen, wie Einnahme nur unter Aufsicht, Begrenzung der Verschreibungsmenge, Sonderrezeptpflicht und Überwachung der Abgabemenge pro Patient durch eine staatliche Aufsichtsstelle aufgefangen werden, entscheidend für die Erhaltungsprogramme spricht aber, daß es ihnen gelingt, die Gesamt- und Beschaffungskriminalität des Süchtigen umfassender zurückzudrängen.

Ferner basieren beide Legalisierungsmodelle auf einem unterschiedlichen Verständnis des Suchtproblems und kommen deshalb folgerichtig zu differierenden Reaktionsmodellen.

Die freie ärztliche Abgabe wurde ursprünglich nur bei den sozialintegrierten Opiumveteranen angewandt. Sie entspringt der in den angelsächsischen Staaten vertretenen medizinischen Sichtweise, die Sucht als ein physisches und psychisches Verlangen nach einer bestimmten Substanz begreift und es mit dem medizinischen Ethos für vereinbar hält, dieses Verlangen legal zu befriedigen. Der Süchtige wird demnach einem Diabetiker gleichgestellt, der nur durch eine tägliche Medikamentenzufuhr sein körperliches Wohlbefinden herstellen kann. Ebenso wird die freie Abgabe von den Anhängern des antipsychiatrischen Ansatzes befürwortet, die es aber für verfehlt halten, Sucht als körperliche oder seelische Krankheit zu definieren und dem Staat das Recht aberkennen, mündigen Bürgern gewollte Erlebnisse vorzuenthalten.

ten¹. Beide Auffassungen sehen den Süchtigen nicht als sozial gestört an, sondern wollen mit einer freien Abgabe ein soziales Abgleiten und größere gesundheitliche Risiken verhindern, die zwangsläufig durch eine kriminalisierende und prohibitive Politik ausgelöst würden.

Weitergehend ist das Selbstverständnis der Erhaltungsprogramme, die richtigerweise erkennen, daß der heutige Süchtige - anders als der Opiumveteran - aufgrund von Persönlichkeit, Sozialisation, informeller Reaktion und Kriminalisierung schwere primäre oder sekundäre soziale Störungen aufweist. Es genügt deshalb nicht mehr, durch Aufhebung der Prohibition dem individuellen Kriminalisierungsprozeß prophylaktisch entgegenzuwirken, sondern dem Süchtigen muß aufgrund der Fürsorgepflicht des Staates für stigmatisierte Randgruppen durch umfassende soziale Rehabilitation die Möglichkeit eröffnet werden, aus Kriminalität und Fixerdasein herauszufinden. Soll der Süchtige also nicht länger sich und seinem Fixerdasein allein überlassen werden, noch lediglich an bürokratische, moralisierende Hilfsorganisationen verwiesen werden, so muß eine qualifizierte Behandlung einsetzen, die auf seine jeweiligen sozialen Probleme individuell eingeht. Am besten läßt sich dieses mit hierfür eigens geschulten Mitarbeitern erreichen, die interdisziplinär übergreifend in aktiver Zusammenarbeit mit dem Süchtigen versuchen, dessen vielfältige Störungen zu beheben. Ärzte in der freien Praxis könnten aufgrund ihrer Ausbildung und Möglichkeiten eine umfassende Sozialtherapie nicht durchführen. Hinzu kommt, daß Mediziner in ihrer somatischen Sichtweise den sozialen Prozeß von Sucht und Reaktion unterbewerten und letztlich schon, um im eigenen Selbstverständnis nicht als mißbrauch-

¹ Szasz, S. 153-218.

te Rezeptlieferrat dazustehen, immer bestrebt sein würden, eine endgültige Heilung, d.h. eine Loslösung von Opiaten durch Reduzierung der Dosis zu erzielen.

Ein Erhaltungsprogramm kann damit auf die heutige Suchtproblematik adäquater und qualifizierter reagieren. Es bietet durch die Zusammenfassung der Verschreibungsstelle und der sozialen Dienste den Vorteil der Zentralisierung und Koordinierung. Die Mitarbeiter besitzen detailliertere Kenntnisse über die Opiatsucht und deren Behandlung als der Praxisarzt, und sie können diese ständig vervollständigen. Durch die Informationen der Süchtigen und durch eigene Wahrnehmungen erhalten sie eine Übersicht über die örtliche Drogenszene. Damit können sie kontrollierend auf das soziale Umfeld des Süchtigen einwirken, gefährdete Personen rechtzeitig erkennen oder die Entwicklung des Schwarzen Markt und Grauen Marktes realistisch einschätzen.

2. Heroin- oder Methadonlegalisierung

Vordergründig betrachtet erscheint es wenig einleuchtend, daß man dem Süchtigen, wenn schon legalisiert wird, nicht gleich Heroin verabreicht, sondern die Heroin- erst in eine Methadonabhängigkeit umwandeln will¹. Zudem würden mit einer Heroinlegalisierung wesentlich mehr Süchtige erfaßt und der Schwarze Markt entscheidener reduziert², denn Methadonprogramme werden von einem Teil der Süchtigen nur als das kleinere Übel akzeptiert, das ihnen

¹ Die Methadonlegalisierung setzt sich damit auch dem Vorwurf des Etikettenschwindels aus, weil der Eindruck aufkommt, daß Methadon, obwohl es genauso ein Opiat wie Heroin ist, mehr einem Medikament als einer Droge ähnelt. Dieser Vorwurf wird z.B. von Meudt: in Kutsch/Wiswede, S. 207 erhoben, der die Heroinabgabe für ehrlicher hält.

² Trebach, S. 162, 163; SWOAD, S. 14.

hilft, schwierige Beschaffungssituationen zu überbrücken; sie sind aber nicht dazu zu bewegen, auf das zusätzliche spezifische Heroinerlebnis in den Programmen zu verzichten. Ferner ließen sich von einer Heroinlegalisierung auch die Süchtigen ansprechen, die Methadonprogramme abbrechen oder von ihnen erst gar nicht erreichbar sind, weil sie auf die Injektion mit der Nadel und auf den Flash von vornherein nicht verzichten wollen, und denen das durch Methadon vermittelte Gefühl, nur das Entzugssyndrom ausgeglichen zu haben, nicht ausreicht. Diese größere Attraktivität der Heroinverschreibung konnten auch Mitcheson/Hartnoll feststellen, die in einer bisher einzigartigen Studie über ein Jahr lang 52 Methadonpatienten mit 44 Patienten verglichen, die injizierbares Heroin erhielten, wobei 76% der Heroin- gegenüber nur 29% der Methadonpatienten regelmäßigen Kontakt zur Klinik suchten¹.

¹ Mitcheson/Hartnoll in: West, S. 74-78; Mitcheson/Hartnoll: The Consequences of Maintaining Heroin Addicts with injectable Heroin by Comparison with oral Methadon, S. 1-21. Beide Gruppen waren hinsichtlich der Gesundheit, Beschäftigungs- und Todesrate gleichbleibend. Leichte Unterschiede zeigten sich aber bei der Kriminalitätsbelastung. Die Methadonpatienten bezeichneten zu 60% Kriminalität als ihre Haupteinnahmequelle gegenüber 41% aus der Gruppe der Heroinkonsumenten. Bei den Methadonpatienten zeigte sich zudem ein stärkerer Trend zu Verhaftungen und Verurteilungen. Sie waren aber auch vor Behandlungsbeginn bereits häufiger in kriminelle Aktivitäten verstrickt. Auf der Basis dieser Studie dürften sich jedoch keine zuverlässigen Aussagen über die unterschiedliche resozialisierende Wirkungsweise von Methadon- und Heroinverschreibungen machen lassen. Die Studie ist wegen des geringen Untersuchungszeitraumes empirisch angreifbar, und es handelt sich um ein singuläres Ergebnis, das durch andere Studien nicht kontrolliert wurde. Auch die Verfasser der Studie gestehen selbst ein, daß sie keine bedeutende Unterschiede hinsichtlich der Anwendung einer Legalisierungsdroge gefunden haben, daß nur gewisse Tendenzen und Hinweise sichtbar sein könnten, die aber kein Argument für eine Heroinverabreichung darstellen würden (Mitcheson, S. 8, 9; Gossop, S. 815).

Allerdings beinhaltet die Entscheidung für ein Heroinprogramm zwangsläufig auch die Erlaubnis zur Selbstinjektion des Heroins. Wegen der zeitlich geringen Wirkungsdauer des Heroins von 3-7 Stunden¹ ist es kaum praktikabel, Heroin unter Aufsicht konsumieren zu lassen. Dieses würde eine rund um die Uhr geöffnete Klinik mit einem hohen Personalaufwand erfordern, und der Süchtige müßte seine Arbeit oder Freizeit unterbrechen und lange An- und Abfahrtswege in Kauf nehmen, was die soziale Integration behindert, wenn nicht sogar fast unmöglich macht.

Jede Form der nicht mehr kontrollierten Selbstinjektion - insbesondere von Heroin -, bei der die Dosis steigt und die individuell benötigte Dosishöhe sich nur schwerlich bestimmen läßt², bedingt aber einen grauen Opiatmarkt und zumindest die abstrakte Gefahr weiterer Suchtausbreitung und in der Anfangszeit der Programmeinführung eine Zunahme der Herointoten durch Überdosierung mit dem qualitativ hochwertigen Programmheroin. Damit bietet die Heroinlegalisierung Angriffspunkte, die sicherlich von den sich gegen jede Form der Legalisierung wendenden Kritikern begierig aufgegriffen werden und durch Dramatisierung und Übertreibungen in der Öffentlichkeit zur Diskriminierung einer liberaleren Drogenpolitik führen würden. Letztlich würde es dann, wie z.B. bei der Schließung der amerikanischen Morphinkliniken, zu einer totalen Abkehr von dem Konzept einer beschränkten Legalisierung kommen.

Um dieser Kritik von vornherein entgegenzuwirken und um zu verhindern, daß neue Risiken entstehen könnten, sollte in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einer allgemeinen Akzeptanz des antiprohibitiven Bekämpfungsansatzes, wie er z.B. in Großbri-

¹ Danaceau S. 7

² Morell, S. 256; Danaceau, S. 6; DeLong, S. 240.

tannien vorherrscht, wo trotz eines extensiven grauen Marktes 1968 keine Abkehr von der Legalisierungspolitik gefordert wurde, sondern nur Kontrollen eingeführt wurden, die Opiatabgabe strikt kontrolliert nur unter Aufsicht erfolgen. Eine solche beaufsichtigte Einnahme ist aber nur mit Methadon wegen der lang andauernden Opiatwirkung von 24 Stunden und der damit verbundenen geringen Einnahmefrequenz ohne weitgehende Störung des Lebensrhythmus des Patienten möglich.

Sollte sich die Bundesrepublik Deutschland für eine beschränkte Legalisierungspolitik entscheiden, so sollte diese zunächst in der Form der Methadonhaltungsprogramme in speziellen Drogenzentren mit qualifiziertem Fachpersonal unter staatlicher Aufsicht eingeführt werden. Nach einer allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz und einer begleitenden wissenschaftlichen Auswertung der Programme müßte erneut eine Erfahrungs- und Theoriediskussion einsetzen, die die Vorteile (mehr Süchtige erreichbar) und die Risiken (grauer Markt) einer Heroinlegalisierung gegeneinander abzuwägen hat.

Die Programme selbst sollten in Konzept und Durchführung daraufhin ausgerichtet werden, daß der Süchtige umfassend in Freiheit sozial integriert werden kann. Sie sollten repressionsfrei arbeiten und Rückschläge einkalkulieren, weil sich kriminelle Karrieren erst nach einer Anlaufzeit langsam unterbrechen lassen.

Grundsätzlich müßten die Süchtigen ihr Methadon nur unter strenger Aufsicht einnehmen. Eine Aushändigung als Opiat zum unkontrollierten Selbstkonsum sollte untersagt bleiben, um so einem grauen Markt und einem Anstieg der Methadontoten, der auch Angriffsflächen in einer öffentlichen Diskussion bieten könnte, entgegenzuwirken. Vorsorglich sollten die

Süchtigen und das Umfeld der Drogenszene bei der Einführung der Programme über die Risiken des kombinierten Heroin- und Methadonkonsums aufgeklärt werden. Um die soziale Mobilität durch die tägliche Methadoneinnahme unter Aufsicht nicht zu beschränken, sollte erwogen werden, ob nicht als Erhaltungsdroge LAAM, ein Methadonpräparat, dessen Wirkung 72 Stunden anhält¹, abgegeben wird. Hierdurch brauchte der Patient nur dreimal wöchentlich seine Dosis einzunehmen und das Problem des durch Take-home-Privilegien entstehenden grauen Marktes würde nicht auftauchen.

Auch bei den Erhaltungsprogrammen sollte neben der sozialen Integration oberstes Therapieziel die Drogenfreiheit sein, soweit diese für den Patienten repressionslos zu erreichen ist. Die Erhaltungsprogramme sollten somit in einem Verbund als zusätzliches Angebot mit den auf freiwilliger Basis arbeitenden drogenfreien Therapieformen zusammengefügt werden und mit diesen kooperativ eine Gesamttherapie des Süchtigen gestalten.

Ob allerdings neben der Entkriminalisierung die Einführung einer beschränkte Legalisierung opportun ist oder ob eher das bisherige drogenfreie Therapiekonzept beizubehalten ist, hängt von der Stichhaltigkeit der gegen sie vorgebrachten Kritik ab.

¹ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 16, 17; Ling/Blaine, S. 85-96.

V. ABLEHNENDE KRITIK GEGEN DIE BESCHRÄNKTE LEGALISIERUNG

Trotz der nicht zu leugnenden Erfolge der beschränkten Legalisierungspolitik bei der Reduzierung der Rauschgift- und gerade der Beschaffungskriminalität gibt es selbst von diesen Erfolgen überzeugte Stimmen, denen wegen grundsätzlicher Bedenken und überwiegender Nachteile die Hinwendung zu einer solchen Politik nicht geboten erscheint¹. Insbesondere ist für diese Auffassungen die Rauschgiftkriminalität nicht das zentrale Problem der Drogenbekämpfungspolitik, sondern die medizinische Heilung des Süchtigen², oder sie halten die durch die Rauschgiftkriminalität verursachten sozialen und ökonomischen Schäden, anders als in den USA, für unsere Gesellschaft noch eher ertrag- und hinnehmbar, als die Verordnung von Opiaten an Süchtige³. Andere Drogenfachleute wiederum, die in ihrer Mehrzahl auch die Erfolge einer beschränkten Legalisierungspolitik in Frage stellen, lehnen sie von vornherein kategorisch ab⁴. Ihre Ablehnung, die sich fast ausschließlich gegen Methadonerhaltungsprogramme richtet - eine noch freiere Form der Abgabe von Opiaten ohne psychosoziales Begleitprogramm oder gar eine Verschreibung von Heroin wird von ihnen erst recht nicht akzeptiert und somit in ihre Überlegungen nicht miteinbezogen - begründen sie, wie auch die erste Kritikergruppe, mit medizin-ethischen Argumenten und Notwendigkeitsgesichtspunkten.

¹ Bschor, S. 1260, 1261; Moebius, S. 48, 49, 50 stellt 7 Pro-Legalisierungsargumenten 27 Contra-Argumente gegenüber.

² Bschor, S. 1.261; Täschner/Wanke, S. 17.

³ Riedesser, S. 675, 678; Keup: Deutsches Ärzteblatt, S. 1179, 1182.

⁴ Für viele: Wanke: Gutachten; Heckmann, S. 40-44.

Im einzelnen wird gegen eine beschränkte Legalisierungspolitik und speziell die Methadonprogramme folgendes vorgebracht:

1. Eine Opiatabgabe ist therapeutisch nicht indiziert

Einer beschränkten Legalisierung wird generell jegliche medizinische Therapieeigenschaft abgesprochen, da sie nicht zur Heilung führe, sondern allenfalls eine höchst zweifelhafte soziale Linderung anstrebe und deshalb ausschließlich auf einer sozialen und ökonomischen, nicht aber auf einer drogentherapeutischen Indiziertheit beruhe¹.

Ob dieser Vorwurf zutrifft oder ob eine beschränkte Legalisierung als gleichrangige Therapieform anzuerkennen und damit anzuwenden ist, ist zunächst eine Frage der Definition durch die medizinische Wissenschaft. Nach Verständnis der Rollestonkommission und des British Council und der amerikanischen und niederländischen ärztlichen Standesorganisationen kann die beschränkte Legalisierung in bestimmter Anwendungsform bei der Behandlung von Heroinabhängigen therapeutisch indiziert sein. Nach abweichender Auffassung der offiziellen deutschen Ärzteschaft ist dies jedoch zu verneinen², da sie die Sucht in ihrem Krankheitsverständnis rein somatisch ohne Berücksichtigung der sozialen Begleitzusammenhänge versteht und als Heilung nur die Drogenfreiheit um jeden Preis auf dem Wege über eine stationäre Therapie als Behandlungsziel und -form anerkennt.

¹ Täschner/Wanke, S. 17.

² Siehe S. 151-153 der Arbeit.

Die Abhängigkeit wird dabei als eine fehlgeleitete, substanzbedingte, physiologische Störung des Gesamtorganismus gesehen, die nur durch eine radikale Eliminierung des Krankheitsherdes beseitigt werden kann. Als eine Heilung kann damit nur eine totale Loslösung von dem Suchtmittel verstanden werden, nicht aber Wege, die aufgrund sozialer Interventionen das Leben in der Sucht, also in der Krankheit, erleichtern. Solche Sekundärbehandlung der Symptome, nicht aber der Ursachen stellt demzufolge eine Linderung dar, die nur dann eine therapeutische Berechtigung besitzt, wenn eine Heilung nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft nicht erreichbar ist¹.

Daß letzteres angesichts der Therapiemißerfolge und der Unfähigkeit, die größte Anzahl der Abhängigen zu drogenfreien Therapien zu motivieren, der Fall ist, wird jedoch von den Kritikern nicht zugegeben. Sie beharren lieber auf einem realitätsfremden Absolutheitsanspruch, der allein aufgrund der abstrakten Möglichkeit, daß es drogenfreie Therapien gibt, und ohne sich mit den Erfolgen dieser Therapien ernsthaft auseinanderzusetzen, den Erhaltungstherapien die Berechtigung abstreitet. Dabei nehmen sie bewußt in Kauf, daß 97-70% der Süchtigen, die das Dogma der Drogenfreiheit nicht erreichen können, keine soziale und medizinische Linderung in ihrer Sucht erhalten dürfen und weiterhin unbehandelt in Kriminalität und Elend leben müssen.

Diese Sichtweise, sich entweder einer in den meisten Fällen erfolglosen Therapie zu unterwerfen oder aber keine soziale Hilfe in Anspruch nehmen zu dürfen, wird von **Keup** noch mit der Auffassung übertroffen, bei Therapieplatzmangel lieber den Süchtigen nur körperlich zu entgiften, was ihm gesund-

¹ Wanke: Gutachten, S. 30.

heitlich zuträglicher sei, als ihm Methadon auszu-händigen¹. Diese Behandlungsweise führt aber letztlich zu dem inhumanen Ergebnis, daß der Süchtige unnötigen körperlichen Qualen ausgesetzt wird und der Rückfall somit bereits vorprogrammiert ist.

Im Ergebnis ähnlich inhuman dürfte die Auffassung von **Kreuzer** sein, der mit dem Hinweis auf das Abflauen von Drogenwellen ohne staatliches Eingreifen in Deutschland nach den beiden Weltkriegen und in Skandinavien und Großbritannien Anfang der sechziger Jahre - die als historisches Einzelbeispiel wegen anderer gesellschaftlicher Voraussetzungen und anderer Süchtigenpopulation mit der heutigen Situation in der Bundesrepublik Deutschland gar nicht vergleichbar sind - zu bedenken gibt, daß es oftmals besser sei, staatliches Handeln zu unterlassen, als Erhaltungsprogramme einzuführen².

Kreuzer, Keup und die anderen Kritiker übersehen aber, daß es eher dem ärztlichen Ethos widerspricht, Süchtige in ihrer Sucht ohne staatliche Hilfe sich selbst zu überlassen, die von vornherein erfolglose Methode der körperlichen Entgiftung zu propagieren, auf abstrakte Therapiemethoden zu verweisen, die nur in einem geringen Prozentsatz der Fälle zu einem wirklichen Heilerfolg führen, als Süchtige zunächst sozial zu stabilisieren und ihnen Linderung zu verschaffen. Im Falle organischer Erkrankungen billigt jede ärztliche Standesorganisation die Linderung akuter Schmerzzustände durch morphin- oder opiat-haltige Medikamente. Hier wird der Patient nicht vor die Alternative gestellt, entweder eine Operation vornehmen zu lassen, deren Heilerfolg nur bei 3-30% aller Erkrankten eintritt, oder unbehandelt seinen

¹ Keup: Deutsches Ärzteblatt, S. 1182.

² Kreuzer/Gebhardt/Maassen/Stein-Hilbers, S. 225.

körperlichen und psychischen Qualen ausgesetzt zu bleiben. Überträgt man die Methadontherapie eines Süchtigen auf den Fall eines organisch erkrankten Patienten, so stellt sich dieses wie folgt dar: Der Erkrankte bekommt ein Medikament verabreicht, das geringe Nebenwirkungen und keinerlei Lebensverkürzung auslöst, wodurch sein Leben mit der Krankheit sozial und psychisch erträglicher gestaltet und darüberhinaus die Chance einer späteren Heilung bestehen bleibt. Die ärztliche Maxime lautet doch: Ist die Heilung nicht möglich, muß dem Patienten weitmöglichste Linderung seiner Schmerzzustände durch verantwortliche medikamentöse Behandlung zugestanden werden. Im Bereich der Suchterkrankungen lassen die ärztlichen Standesorganisationen Deutschlands ihre eigene Maxime nicht mehr gelten.

Diese kategorische Weigerung, wenigsten zu lindern, wenn ein sofortiger Weg aus der Sucht nicht möglich ist, dürfte letztlich ihren Grund auch in der moralischen Wertung der Ärzteschaft haben, die in der Sucht zu sehr ein Eigenverschulden und eine Willensschwäche des Süchtigen und in den Erhaltungsprogrammen ein Bestärken und Belassen in dieser Amoral sieht, und ferner in dem zu somatischen Krankheitsverständnis, das es als gegen die *lex artis* verstoßend¹ nicht dulden kann, die krankheitshervorrufende Substanz dem Organismus noch weiter zuzuführen, anstatt sie diesem augenblicklich zu entziehen.

Im Interesse der Süchtigen sollte die deutsche Ärzteschaft jedoch ihre Vorbehalte gegen die Erhaltungstherapie überdenken und ihren Anspruch auf Drogenfreiheit um jeden Preis, der nur dazu führt, den größten Teil der Süchtigen ohne ärztliche und soziale Hilfe unbehandelt zu lassen, aufgeben und

¹ Christiani/Stübing, S. 85.

Drogentherapie als einen komplexen dynamischen Prozeß verstehen, der als Endziel immer die Drogenfreiheit zu erreichen versucht, jedoch hierzu verschiedene Mittel und Wege anwendet und sich bei Nichterreichen des Endzieles auch mit weniger zufriedengibt.

Derselben Drogentherapieauffassung folgt auch die "World Health Organisation Expert Committee on Drug Dependence", die in ihrem achtzehnten Report im Gegensatz zu den deutschen Drogenexperten zu der therapeutischen Begründetheit der Methadonerhaltungsprogramme feststellt: "Es liegt in der ärztlichen Tradition, unterschiedliche Behandlungsziele zu verfolgen, sei es die volle Heilung, Verhinderung der Krankheitsprogredienz, Behebung von Beschwerden, Vermeidung von Komplikationen oder schließlich nur Erleichterung, wenn mehr nicht möglich ist. Das Konzept der ärztlichen Hilfeleistung, wenn ein völlig befriedigendes Heilverfahren nicht verfügbar ist, ist nicht neu"¹.

Neben den medizinischen Kritikern sehen ebenso die Anhänger einer psychologischen und psychoanalytischen Suchtentstehungstheorie² in der beschränkten Legalisierung keine wirkliche Heilung von einem tieferliegenden seelischen Krankheitskern, bei dem die Sucht als Folgesymptom nur sekundär, transformativ nach außen tritt³. Für sie soll mit Medikamenten erreicht werden, wozu nur intensive Psychotherapie, die an die Wurzel geht, instande ist⁴. Therapeutisch indiziert sei deshalb keine Medikamentenverabreichung, sondern eine umfassende psycho-

¹ Halbach, S. 32.

² Für viele: Müller, S. 13-54.

³ Morell, S. 254; DeLong, S. 224, 225.

⁴ Stöbe, S. 76.

therapeutische Behandlung der gestörten Persönlichkeit, wobei nach erfolgter Heilung die Sucht als bisheriger Fluchtweg aus einer seelischen Krise von selbst aufgegeben würde.

Gegen den psychologischen-psychoanalytischen Ansatz und damit auch der Notwendigkeit, daß alle Süchtigen intensiver psychologischer Betreuung bedürfen, kann grundsätzlich vorgebracht werden, daß es bisher nicht gelungen ist, empirisch gesichert, einheitliche psychischen Krankheitsmerkmale für eine große Gruppe von Drogenabhängigen festzulegen¹. Ferner ist ungeklärt, ob gewisse behauptete psychologische Auffälligkeiten primär einer Suchtpersönlichkeit zuzuschreiben oder erst infolge der gesellschaftlichen Reaktion auf den Drogenkonsum und die dadurch bedingte soziale Isolation und Stigmatisierung entstanden sind.

Aber selbst bei Bejahung dieser Theorie und dem Erfordernis, Süchtige wegen aufgetretener Primär- oder Sekundärsuchtschäden psychotherapeutisch zu behandeln, brauchen sich eine solche Therapie und eine beschränkte Legalisierung nicht gegenseitig auszuschließen. So kann die Auffassung von Wanke nicht geteilt werden, der behauptet: "Einzel- und Gruppentherapie kann nur mit entzogenen Suchtkranken durchgeführt werden, weil Intoxikation und weiterbestehende Sucht die Motivationslage der Patienten so weitgehend einengen, daß psychotherapeutische Arbeit zum Agieren bzw. Palavern denaturiert. Jede psychiatrische Erfahrung bestätigt, daß mit Intoxizierten und weiter Süchtigen Psychotherapie nicht durchführbar ist"². Dies hat die Arbeit von niederländischen und englischen sowie des deutschen Drogentherapeu-

¹ Morell, S. 254; DeLong, S. 224.

² Wanke: Gutachten, S. 31.

ten Kapuste, die erfolgreich Methadonpatienten psychologisch behandelt haben¹, gezeigt.

Es ist zudem nicht verständlich, warum Drogeneinfluß die Motivationslage beeinträchtigen soll. Durch die Einnahme von Methadon wird lediglich das Entzugssyndrom überbrückt und im Körper ein gewohnter, physiologischer Zustand hergestellt. Aufgrund der pharmakologischen Eigenschaften des Methadons ergeben sich keine Einflüsse auf den seelischen Zustand des Patienten. Er erlebt weder besondere Glücksgefühle noch eine seelische Ruhigstellung wie bei Psychopharmaka oder ein Rauscherlebnis wie bei LSD oder Alkohol. Der Süchtige kann bei der Substituierung seine psychische Lage ohne Einschränkungen überblicken und seelisch und körperlich wie ein normaler, nicht abhängiger Patient agieren und damit an einer psychotherapeutischen Behandlung teilnehmen.

2. Durch Ersetzung der Droge durch eine andere kommt es zur therapeutischen Resignation und Unterdrückung des Patienten

Ausgehend von einer Drogentherapiekonzeption, die - wie beim Alkoholismus - primär das Zusammenwirken von individuellen Faktoren und der Substanz² für die Heroinsucht und die Depravation verantwortlich macht, und die deshalb darauf abzielt, durch Substanzeliminierung und Erreichung der absoluten Drogenfreiheit den Patienten zu heilen, wird von vielen

¹ Persönliche Mitteilung von Kapuste und Gerlings, Psychiater an der Jellinek Klinik in Amsterdam.

² Wanke: Gutachten, S. 20, 21.

deutschen Kritikern in einer beschränkten Legalisierung nichts anderes gesehen als ein reiner Austausch von Drogen und eine Suchtverlagerung¹ ungefähr so, als wenn ein Alkoholtherapeut seinen süchtigen Alkoholikern anstatt bisher getrunkenen Scotches Bourbon-Whisky ausschenkt². Dieses bewirke zudem ein reines Belassen in der Sucht, eine therapeutische Kapitulation und Resignation, die den Süchtigen als unheilbar abstempele und nur dem Frührentnertum Vorschub leiste³.

Der irreführende Vergleich mit dem Alkoholismus und dessen Behandlung mit Bourbon anstelle von Scotch zeigt jedoch, daß die Kritiker die grundlegende Konzeption der Substituierungsbehandlung verkannt haben.

Zunächst einmal müßten sie, wollten sie die Methadonerhaltungstherapie auf die Behandlung des Alkoholismus projizieren, korrekterweise ihr Beispiel so bilden, daß für den Alkoholtherapeuten nur noch die letzte Alternative besteht, nicht mehr erreichbare und behandelbare Alkoholkranke weiterhin einem kriminalisierten Konsum mit teurem, minderwertigem, todbringendem oder blindmachendem Schwarzmarktfusel auszusetzen oder aber ihnen unter zur Verfügungstellung sozialer Hilfen qualitativ hochwertigen Alkohol abzugeben. Aber selbst bei korrekter Bildung des Beispieles ergibt sich keine Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit. Für einen Alkoholkranken würde ein fortgesetzter Alkoholkonsum selbst unter ärztlich therapeutischer Aufsicht unweigerlich seinen

¹ Krauthan, S. 22; Täschner/Wanke, S. 17.

² Hacker, S. 232; Moebius, S. 46; Krauthan, S. 13; Herxheimer/Pribilla, S. 20.

³ Moebius, S. 48; Kreuzer: Suchtgefahren, S. 109; Herxheimer/ Pribilla, S. 20; Krauthan, S. 12, 13; Heckmann, S. 42.

geistigen, körperlichen und sozialen Verfall beschleunigen, so daß schon aus lebenserhaltender Zielsetzung die weitere Einnahme der Substanz verhindert werden muß. Bei der Heroinsucht tritt jedoch die gesundheitliche und soziale Depravation nicht bereits durch den Konsum der Substanz ein, sondern ist zum Teil Folge des gesellschaftlichen Kriminalisierungs- und Prohibitionsprozesses und damit der sozialen Bedingungen, in denen das Heroin eingenommen werden muß. Deshalb kann die Substituierung, weil die schädlichen Folgen des Schwarzmarktheroins ausgeräumt werden, sogar eine Verringerung der Konsumrisiken mit sich bringen. Somit ist das Ziel der absoluten Drogenfreiheit - anders als bei der Alkoholsucht - nicht schon aus dem Aspekt der Lebenserhaltung medizinethisch notwendig, und die Verabreichung eines Opiats unter therapeutischen Rahmenbedingungen bedeutet nicht den Austausch einer Alkoholsorte gegen eine andere.

Mit der Substituierung illegalen Heroins durch legales Methadon kommt es auch nicht zu der behaupteten Resignation und Unterdrückung des Patienten.

Die Kritiker verkennen in ihrem somatischen Krankheitsverständnis - das als Therapie allein eine Substanzeliminierung vorsieht und die dynamischen Interaktionsprozesse, denen die Süchtigen während ihrer Krankheit ausgesetzt sind, unterbewertet -, daß die beschränkte Legalisierung mit dem Abmildern des individuellen und gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozesses der Drogensucht eine andere Qualität geben wird. Dabei muß allerdings ein Fortbestehen der Abhängigkeit als das "kleinere Übel" in Kauf genommen werden, weil die heutige Behandlungssituation und -realität gezeigt hat, daß für die größte Zahl der Süchtigen die Drogenfreiheit als primäres Therapieziel mit den angebotenen therapeutischen Mitteln (physische und psychische stationäre

Entgiftung) nicht erreichbar ist und eine prohibitive pönalisierende Drogenpolitik schlimmere Folgen haben kann als die Abhängigkeit von legalen Ersatzstoffen.

So dürfte es sicherlich wünschenswerter und ethisch vertretbarer sein, daß ein Süchtiger, der die geltenden Therapievorstellungen von absoluter Drogenfreiheit nicht erfüllt, unter ärztlicher Aufsicht und sozialen Wiedereingliederungshilfen konstant ein chemisch reines Opiat oral einnimmt, als daß er durch Straftaten erworbenes, unsauberes Schwarzmarktheroin injiziert. Nur hierdurch kann der bis dahin als unheilbar krank geltende, aus der Gesellschaft als Schmarotzer ausgestoßene und selbst von den Therapeuten der drogenfreien Therapien als therapieresistent verabscheute und aufgegebene Süchtige sein Drogenritual durchbrechen, und ihm wird die Chance geboten, als behandlungswürdiger Patient durch umfassende soziale Hilfen dem Drogenchaos zu entinnen.

Die Aufrechterhaltung einer solchen Opiatabhängigkeit hat mit der behaupteten Unterdrückung des Süchtigen¹ nichts zu tun. Zwar wird durch die Methadonprogramme die individuelle Freiheit dahingehend eingeschränkt, daß er Opiate als Medikamente einnehmen und Kontakt zur Klinik halten muß. Diese Unannehmlichkeiten sind jedoch im Vergleich zu seinem früheren Leben als Fixer gering anzusehen und bedeuten im Gegenteil bereits einen wichtigen Schritt vorwärts zu einer eigenen Selbstverwirklichung der Persönlichkeit, die ihm bisher durch den sklavischen Drogenbeschaffungsdruck nicht möglich war.

¹ Krauthan, S. 11, 12, 13; Gebhardt, S. 244.

Die Umwandlung des inhumanen Fixerdaseins in eine reine Medikamentenabhängigkeit, bei der darüber hinaus medizinische und sozialtherapeutische Hilfestellungen gewährt werden, ist auch kein lebenslanges Abstempeln Süchtiger als unheilbare Kranke, die immer von Methadon abhängig sein müssen, und damit eine Aufgabe oder therapeutische Resignation, sondern lediglich ein erster und kleiner Schritt zur Erreichung einer sozialen Stabilisierung und der Drogenfreiheit, die auch bei den Methadonprogrammen als oberstes Therapieziel angestrebt wird. Insoweit liegt allenfalls gegenüber den drogenfreien Therapien eine andere Vorgehensweise und Gewichtung vor. Man versucht umgekehrt über eine vorrangige soziale Stabilisierung in Freiheit die Drogenabstinenz zu erreichen, als sofort mit der Drogenfreiheit anzufangen und den Drogensüchtigen in einer klinisch reinen, abgekapselten, sozialen Scheinwelt für ein Leben draußen vorzubereiten, was in 98-70% der Fälle zu einer Rückkehr zu Drogen und zu einer sozialen Destabilisierung führt. Der Süchtige soll also zunächst die Position des Opiumveteranen erreichen, der auch nicht als unheilbar abgestempelt wurde und bei dem es damals viele Ärzte aus kollegialer Sicht durchaus für ethisch vertretbar hielten, Substitutionsdrogen zu verschreiben, damit er dann, sozial gefestigt, ein Leben ohne Drogen beginnen kann.

Die beschränkte Legalisierung ist auch keine Unterstützung eines Lasters, keine Bankrotterklärung der "Gemeinschaft dieses Staates und seines Gesundheitswesens"¹, es werden keine "chemischen Heilsbringer"² eingesetzt, um mit der Pharmazie soziale Probleme zu lösen, sondern eine noch mögliche Auffangbehandlung ansonsten als unheilbar Alleingelassener. Ihre Berechtigung erhält sie aus der heutigen drogenthera-

¹ Christiani/Stübing, S. 85.

² Moebius, S. 48.

peutischen Situation, und es hat wenig Sinn, sie auf ethischer Ebene immer wieder in Beziehung zu setzen mit Therapien, bei denen nur wenigen Süchtigen geholfen werden kann, und die neben der sofortigen absoluten Drogenfreiheit nichts gelten lassen, aber auch keine anderen Lösungsmöglichkeiten für durch diese Therapien nicht mehr heilbare und erreichbare Süchtige anbieten können.

3. Die Methadonerhaltungsprogramme schaffen eine unfaire Konkurrenz und führen zu einem Niedergang der drogenfreien Programme

Viele deutsche Drogentherapeute befürchteten, daß es mit der Einführung von Methadonerhaltungsprogrammen zu einer Neuverteilung der staatlichen Unterstützungsgelder kommt und für die Langzeittherapien dann keine oder nur noch gekürzte Haushaltsmittel zur Verfügung stehen würden, so daß "statt der notwendigen massiven Ausweitung der sozial-pädagogischen und sozial-therapeutischen Programme unter einseitig ökonomischen Gesichtspunkten zu Patentlösungen gegriffen wird"¹.

Diese Gefahr der finanziellen Aushöhlung der derzeitigen stationären drogenfreien Programme ist durchaus ernstzunehmen und kann nicht einfach mit dem polemischen Argument der Pfründesicherung² aus dem Wege geräumt werden, da die Methadonerhaltungsprogramme wegen ihrer ambulanten Behandlungsmethode, selbst bei intensiver sozialer und psychiatrischer

¹ Heckmann, S. 41; Gebhardt, S. 245; Lennard/Epstein/Rosenthal, S. 882.

² Scheerer: Therapie als Strafe, S. 45, 46.

Betreuung, gegenüber jeder stationären Langzeittherapie erheblich kostengünstiger sind. So mußten Anfang der siebziger Jahre in den USA je nach der Gestaltung des Programmes pro Patient und Jahr nur 500, 1900, 2000, 2750 Dollar¹ ausgegeben werden, und eine Behandlung von 5000 deutschen Süchtigen würde den Staat allenfalls 18 Millionen DM kosten².

Diese Kostengünstigkeit der Methadonerhaltungsprogramme und der Glaube an eine absolute Lösung des Drogenproblems, bei der durch eine beschränkte Legalisierung alle Rauschgiftkriminalität verschwinden würde, könnte die politisch Verantwortlichen zu einer einseitigen Bevorzugung der Methadonerhaltungsprogramme veranlassen. Selbst wenn eine solche Gefahr wegen des starken Einflusses der deutschen Suchtexperten auf drogenpolitische Entscheidungen und wegen des Unterbleibens von Kosteneffizienzdiskussionen - wie sie entsprechend der amerikanischen Kosten- und Nutzendenkungsweise dort bei jeder sozialen Interventionsmaßnahme angestellt werden - in der Bundesrepublik Deutschland nur theoretischer Natur zu sein scheint, so müßte bei einer Einführung aber von vornherein klargestellt werden, daß eine beschränkte Legalisierung keine Wunder vollbringen kann, sondern nur eine zusätzliche medizinische und soziale Therapieform zu den bereits bestehenden drogenfreien Therapien darstellt. Sie darf somit nicht als ausschließliche oder wirksamere Alternative mißverstanden werden, sondern als notwendige Ergänzung in dem therapeutischen Bemühen um jeden einzelnen Drogenabhängigen³, da sie immerhin bei einem Teil der behandelten Süchtigen beträchtliche Erfolge zeigt.

¹ Krauthan, S. 11; Neurath, S. 469; McGlothlin/Tabbush, S. 91.

² Krauthan, S. 11.

³ Scheerer: Therapie als Strafe, S. 106.

Bei einem solchen Nebeneinander von drogenfreien und Erhaltungsprogrammen befürchten die Kritiker ferner, daß die Süchtigen ihre therapeutischen Hilfsangebote nicht mehr in Anspruch nehmen und einseitig zu den Methadonprogrammen abwandern¹.

Worauf sich ihre Angst stützt, erscheint zunächst unverständlich, da sie gleichzeitig einer beschränkten Legalisierungspolitik vorwerfen, sie würde allenfalls 10-15% der deutschen Süchtigen erfassen, weshalb ihre Einführung schon keine Berechtigung besitze². Auch angesichts der begrenzten und bereits ausgeschöpften Therapiekapazitäten³ wirkt die Angst vor einer Konkurrenztherapieform als übertrieben und unbegründet⁴.

Die Therapeuten der drogenfreien Programme wissen selbst genau, daß Süchtige nur aufgrund eines enormen Leidensdruckes hierzu motiviert werden können. Betrachtet man zudem die Süchtigen als uneinsichtig und nicht mehr eigenverantwortlich handelnd⁵ und unterstellt man ihnen, daß sie nicht wirklich von den Drogen, sondern allenfalls von deren Gefahren loskommen wollen, so könnte eine beschränkte Legalisierung nach den Befürchtungen der Kritiker leicht zu einem Ventil gegenüber den langwierigen und persönlich fordernden psychotherapeutischen Maßnahmen werden, das den Süchtigen einen bequemen Weg anbietet und ihnen hilft, ihr Drogenproblem kurzfristig zu überbrücken, ohne eine endgültige Lösung zu

¹ Herxheimer / Pribilla, S. 18; Krauthan, S. 4; Moebius, S. 48.

² Krauthan, S. 4; Herxheimer/Pribilla, S. 18.

³ Für 60.000 Süchtige stehen nur 1600-2000 Therapieplätze zu Verfügung (Huncke, S. 16).

⁴ Stein-Hilbers, S. 28.

⁵ Wanke: Der Spiegel, S. 44.

suchen¹. Da eine Legalisierung ohnehin der heimliche Wunschtraum aller Süchtigen sein soll², würden zwangsläufig den drogenfreien Programmen die mit viel Mühe und Leidensdruck motivierten 1500-2000 sich in Behandlung befindlichen Süchtigen, auch noch davonlaufen.

Eine solche von den Kritikern heraufbeschworene Entwicklung ist jedoch nicht zu befürchten.

Grundsätzlich darf man die Süchtigen in ihrer Gesamtheit nicht als eine homogene therapieresistente Gruppe auffassen. Vielmehr bestehen sie aus vielen verschiedenen Einzelgruppierungen, z.B. aus älteren Süchtigen mit einer langen Drogen- und durch viele gescheiterte Entzüge gesammelten negativen Therapieerfahrung und aus jüngeren, nicht so stark in ihrer Drogenkarriere verstrickten und stigmatisierten Abhängigen³.

Gerade letztere erkennen, daß ein weiteres Leben mit Drogen für sie keine Problemlösung mehr darstellen kann, und sie sind durchaus motiviert, ein Leben ohne Drogen zu beginnen. Für diese Gruppe kann ein Methadonerhaltungsprogramm keine erstrebenswerte Alternative bieten. Ihnen könnte nur mit einer drogenfreien Therapie geholfen werden, wenn diese weniger selektiv, unbürokratischer und repressionsfreier arbeiten würde und die Süchtigen nicht durch Zwang, sondern durch therapeutische Kooperation und eine angstfreie soziale Intervention in ihrer Entzugsmotivation bestärken würden.

¹ Bschor, S. 1261; Keup: Suchtgefahren, S. 122; Ebermann, S. 1235.

² Heckmann, S. 44, 45.

³ Platt/Labate: Heroinsucht, S. 201, 202.

Auch den älteren, schon als therapieresistent abgestempelten Süchtigen, die aber durchaus in verschiedenen Stadien ihrer Suchtkarriere die Motivation besitzen, ein drogenfreies Leben zu beginnen - was die oft verzweifelt unternommenen Selbstentzüge zeigen - könnte mit einer weniger strafenden Therapiewirklichkeit geholfen werden. Haben nun Süchtige aus diesen Gruppen freiwillig den Entschluß gefaßt, dem Teufelskreis der Drogen für immer zu entrinnen und ein Leben ohne Drogen zu führen, so können bestehende Methadonprogramme für sie kaum eine echte Therapiealternative darstellen und sie von ihrem Entschluß wieder abbringen, da die Methadonprogramme lediglich für diejenigen eine chemotherapeutische und soziale Hilfe bieten, die Drogenfreiheit auf anderem Wege nicht erreichen können bzw. wollen und sich zunächst mit einer schrittweisen Resozialisierung zufriedengeben. Hinzu kommt, daß die Methadonprogramme keinen bequemen Selbstbedienungsladen darstellen, bei dem lediglich die Drogenbeschaffung legal institutionalisiert worden ist; sondern der chemosoziale Therapieansatz erfordert - wie bei den drogenfreien Therapien auch - eine Kooperationsbereitschaft des Süchtigen und den Willen, sich gewissen Regeln und Unannehmlichkeiten (Einnahme in der Klinik, Urinkontrollen, Teilnahme an Begleitprogrammen) zu unterwerfen.

Allenfalls Süchtige also, die von den Drogen nicht loskommen können - nicht weil sie sich ihrer Sucht erfreuen wollen oder weil sie, wie ihnen von den Therapeuten der drogenfreien Therapien unterstellt wird¹, ihre Therapieansprüche zu hochschrauben, sondern jene, die mit der heutigen Therapiewirklichkeit solche Erfahrungen gesammelt haben, die den Glauben an eine erneute erfolgreiche Behandlung in Anstalten zerstören mußte - könnten in den Methadon-

¹ Beil/Günther/Kellermann/Schulz/Trojan, S. 378.

programmen einen Ausweg sehen, wenigstens mit ihrer Sucht menschenwürdig zu leben. Eine Abwanderung dieser Süchtigengruppe stellt aber keine Gefahr für die drogenfreien Therapien dar, da man nach den Vorstellungen der deutschen Drogentherapeuten solche Abhängige wegen ihrer Uneinsichtigkeit auch mit noch so hohem Leidensdruck nicht mehr erreichen und sie nur noch als therapieresistent in Anstalten verwahren kann¹.

Ebenso haben die Erfahrungen in den USA mit den wissenschaftlich fundiertesten und staatlich am stärksten geförderten Methadonprogrammen gezeigt, daß die von den Kritikern prophezeite Bankrotterklärung der drogenfreien Programme nicht stattgefunden hat. Gerade dort "existieren mehr und ausgelastetere Institutionen für drogenfreie Programme aller Art als in Deutschland"². So befanden sich z. B. 1979 von insgesamt 120.000 behandelten Süchtigen nur etwas mehr als die Hälfte - nämlich 75.000 - in Methadonerhaltungsprogrammen³.

Eine ähnliche Situation besteht auch in den Niederlanden, wo drogenfreie und Methadonerhaltungstherapien ohne Konkurrenzdenken und ideologischen Kampf um den wahren und absoluten Therapieansatz miteinander kooperieren und Patienten je nach therapeutischer Notwendigkeit von dem einen Programm in das andere überwechseln können, wodurch die drogenfreien Programme sogar einen gewissen Zulauf von bereits sozial stabilisierten Erhaltungspatienten, die mit Hilfe dieser Therapien den Schritt in ein endgültig drogenfreies Leben wagen wollen, erhalten haben.

¹ Wanke: Der Spiegel, S. 44.

² Scheerer: Therapie als Strafe, S. 113.

³ Blackmore, S. 25; Nach Neurath, S. 469 befanden sich 1974 60% der behandelten Süchtigen in Methadonerhaltungsprogrammen.

Mit der Einführung der beschränkten Legalisierung ist somit nicht zu befürchten, daß die drogenfreien Programme wegen Patientenmangels ihre Behandlungsbemühungen einstellen müssen, da sich die Methadonprogramme primär um solche Süchtigen bemühen, die von diesen nicht mehr erfaßbar sind. Hierdurch wird ein zusätzliches Therapieangebot geschaffen, das den Vorteil bietet, daß sich die drogenfreien Programme mit ihrer beschränkten Aufnahmekapazität von 1.500-2.000 Plätzen verstärkt um Süchtige mit einer echten Entzugsmotivation bemühen können, anstatt Süchtige zwangsbehandeln zu müssen, bei denen ohnehin der Therapiemißerfolg feststeht. Methadonerhaltungsprogramme entlasten und konzentrieren damit auch die Arbeit der drogenfreien Therapien und schaffen für mehr Süchtige als bisher therapeutischen Kontakt.

4. Es besteht keine Notwendigkeit und Berechtigung für eine beschränkte Legalisierungspolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Noch Anfang der siebziger Jahre wurde der Einführung von Legalisierungsprogrammen mit Hinblick auf die unterschiedlichen sozialen und psychischen Voraussetzungen bei der Entstehung der Opiatabhängigkeit in den USA und der Bundesrepublik Deutschland und der dadurch bedingten Unübertragbarkeit amerikanischer Verhältnisse jegliche Berechtigung abgesprochen.

Man argumentierte, daß in den USA vorrangig moralisch und sozioökonomisch verelendete, ältere Slumbewohner und Angehörige unterer ethnischer Schichten mit der Droge ihren bedrückenden Lebensumständen entfliehen wollten. In der Bundesrepublik Deutschland sei dagegen der Drogenkonsum Ausdruck einer

emotional und ideell frustrierten jüngeren Mittelschichtsgeneration, die hierdurch psychische und entwicklungsbedingte Konflikte mit Elternhaus, Schule und Gesellschaft zu lösen gedenke. Beide Gruppen verlangten demnach auch unterschiedliche Antworten. Bei den in sozialem Elend lebenden amerikanischen Süchtigen sei zunächst eine soziale Rehabilitation, die dann eine Behandlungsmotivation schaffe, gegenüber der Drogenfreiheit vorrangig anzustreben. Bei dem deutschen Süchtigen sei jedoch eine psychiatrisch ausgerichtete Gruppenarbeit zur Problembewältigung und Ursachenbeseitigung notwendig. Ferner sei das Heroinproblem in den USA - wo es nach Schätzungen der amerikanischen Bundesregierung allein für das Jahr 1972 zwischen 500.000-600.000 Opiatabhängige gebe und der Heroinmarkt einen jährlichen Jahresumsatz von sechs Milliarden US \$ erreiche - um ein vielfaches größer, langwieriger und von anderer gefährlicherer krimineller Energie geprägt.

Angesichts solcher Verhältnisse sei die Einführung der Methadonerhaltungsprogramme aus sozialökonomischen Gründen dort durchaus begrüßenswert¹, wo hingegen in der Bundesrepublik Deutschland nur eine kleine Zahl von Fixern für eine solche Therapie in Frage komme². Dieses habe seinen Grund - neben der von amerikanischen Süchtigen divergierenden Patientenpopulation - zum einen in der weitverbreiteten Polytoxikomanie deutscher Fixer und zum anderen sei, da keine zusätzlichen Therapierbaren und -willigen

¹ Täschner/Wanke, S. 17; Keup: Deutsches Ärzteblatt, S. 1179; Ebermann, S. 2096; Schönhöfer/Hasse, S. 2040; Beil/Trojan, S. 3615-3620; Keup: Suchtgefahren, S. 122; neuerdings wieder: Krauthan, S. 3, 14, 11.

² Schönhöfer/Hasse, S. 2041; Krauthan, S. 3, 4.

in die Erhaltungsprogramme kommen würden, das Therapiepotential ausgeschöpft¹.

Diese Argumentation vermag jedoch nicht zu überzeugen.

Mittlerweile dürfte auch von den Kritikern unbestritten sein, daß das Heroinproblem in der Bundesrepublik Deutschland ähnliche quantitative und qualitative Dimensionen wie in den USA der siebziger Jahre erreicht hat².

So besteht zur Zeit eine Population von 60.000 Heroinabhängigen, die zwar nicht in den Slums der Großstädte wohnt oder einer rassischen Minderheit angehört - weil es dies zur Zeit in der Bundesrepublik Deutschland in dem Umfange noch nicht gibt -, jedoch leben diese Süchtigen wie ihre amerikanischen Konterparts in eigenen Drogenghettos, aus denen sie sich nicht befreien können, sondern immer mehr in ein unvorstellbares ökonomisches und soziales Elend abrutschen. Ihnen mit kleinen Schritten aus dieser Situation herauszuhelfen und den mit zunehmender Drogenabhängigkeit auftretenden sozialen Störungen entgegenzuwirken, rechtfertigt die Einführung der Erhaltungsprogramme, wie es bereits in den anderen westeuropäischen Ländern mit einer vergleichbaren Süchtigenpopulation und dokumentierten Rehabilitationserfolgen geschehen ist.

Eine weitere Daseinsberechtigung ergibt sich auch aus der deutschen Therapiewirklichkeit, die mit ihrer drogenfreien Therapiekapazität allenfalls 3-4% der derzeit Süchtigen erfassen kann. Mit den Erhaltungsprogrammen könnten zusätzlich, wie bereits bei dem Kritikpunkt: Niedergang der Drogenfreien Thera-

¹ Krauthan, S. 3, 4.

² Dies gesteht sogar Heckmann, S. 40 ein.

prien erläutert, jetzt unbehandelte Süchtige in Kontakt mit therapeutischen Einrichtungen treten. Dabei dürfte es müßig sein, darüber zu streiten, ob nur 10-15% der deutschen Süchtigen überhaupt therapierbar sind oder weitaus mehr von den Methadonprogrammen miterfaßt werden können, da selbst - ausgehend von den pessimistischen Zahlen der Kritiker - dies bedeuten würde, daß man 4500 - 7500 zusätzlich zu den bereits in Behandlung befindlichen 1500 - 2000 Süchtigen ein menschenwürdiges Dasein ermöglichte.

Einer solchen Ausdehnung der Behandlung auf zuvor therapeutisch nicht erreichte Süchtige steht auch nicht der Vorwurf entgegen, daß es sich bei den deutschen Fixern überwiegend um Polytoxikomane handelt und somit die Methadonerhaltungsprogramme "nur für eine sehr kleine Klientengruppe in Frage"1 kämen.

Es ist zwar grundsätzlich richtig, daß bei einer echten Mehrfachabhängigkeit, z.B. von Barbituraten und Heroin, die Einnahme von Methadon kontraindiziert ist und der Patient zunächst von den Barbituraten körperlich entgiftet werden muß, um dann an dem Erhaltungsprogramm teilnehmen zu können², jedoch ist eine solche echte Mehrfachabhängigkeit bei den westeuropäischen Süchtigen überwiegend nicht anzutreffen. Vielmehr wird in der Bundesrepublik Deutschland bereits dann jeder Fixer als Polytoxikomane definiert³, wenn er primär heroinabhängig ist und aus Experimentierlust oder bei Versorgungsschwierigkeiten andere Drogen konsumiert, z.B. Alkohol, ohne daß sich hieraus eine Abhängigkeit entwickelt. Diese zeitweilige Mehrfachscluckerei

¹ Krauthan, S. 4; Christiani/Stübing, S. 83.

² Persönliche Mitteilung Geerlings, Psychiater an der Jellinek Klinik Amsterdam.

³ So Kreuzer: Drogen und Delinquenz, S. 87.

bei vorrangiger Heroinabhängigkeit bildet damit kein wirkliches Hindernis für die Teilnahme an der Methadonerhaltungstherapie.

Eingedenk der Tatsache, daß sich die deutschen Suchtverhältnisse den amerikanischen angenähert haben, sowie eingedenk der deutschen Therapiewirklichkeit und der Aussicht, daß mit Methadonprogrammen zusätzlich Drogensüchtige zu einer Therapie motiviert werden können, sollten sich einige Kritiker noch einmal vor Augen führen lassen, was sie in den frühen siebziger Jahren in ihrem Optimismus, das Drogenproblem mit drogenfreien Entziehungskuren in den Griff zu bekommen, geschrieben haben, und sich ehrlicherweise die Frage stellen, ob, ausgehend von ihrer damaligen Einschätzung, die heutige Suchtwirklichkeit nicht für die berechtigte Einführung der Methadonerhaltungsprogramme spricht.

So schrieb z.B. **Keup**: "Ich möchte in der deutschen Kontroverse nicht so mißverstanden werden, als sei Methadonerhaltung in jedem Fall falsch. In den USA, unter den dortigen Verhältnissen, haben diese Programme einen unbestreitbaren Platz. Die deutschen Verhältnisse scheinen mir nicht ausreichend, die Einführung der Methode zu rechtfertigen"¹.

Ebermann: "In... quasi verzweifelten Fällen mag sich die Substituierung als Eventualität anbieten"².

Schönhöfer/Hasse: "Ob MMP eingeführt werden müssen, richtet sich nach den Mißerfolgswerten drogenfreier Programme und nach der Zahl der anderen Behandlungsmethoden nicht zugänglichen Jugendlichen, die an den Folgen ihrer unkontrollierten Opiatabhängigkeit zugrunde gehen"³.

¹ Keup: Suchtgefahren, S. 123.

² Ebermann, S. 2097.

³ Schönhöfer/Hasse, S. 2040.

H. MASSNAHMEN

Die Auseinandersetzung mit der ablehnenden Kritik hat gezeigt, daß diese in keinem Vorwurf zu überzeugen vermag. Sie kann deshalb der Einführung einer beschränkten Legalisierungspolitik nicht entgegenstehen. Die Methadonerhaltungsprogramme stellen vielmehr ein wirksames Instrument dar, um die Kriminalität des Handels und der Süchtigen entscheidender als die bisherige pönalisierende und prohibitive Drogenpolitik zu bekämpfen. Durch diese kriminalitätsreduzierende Wirkungsweise kann sich der Süchtige dem erfolglosen und repressiven Drehtüreffekt von Gefängnissen und psychiatrischen Anstalten entziehen und in humaner, ambulanter Behandlung zu seiner sozialen Integration finden. Allein diese Vorteile und das Nichtvorhandensein von Nachteilen rechtfertigen es, die bisherige Drogenpolitik aufzugeben und sich zu einer repressionsfreieren Alternative zuzuwenden.

Grundpfeiler dieser neuen deutschen Drogenpolitik bilden somit die Entkriminalisierung und die beschränkte Legalisierung in der Form der Methadonerhaltungsprogramme. Um sie in der Praxis durchzusetzen, sind von den Instanzen der Sozialkontrolle folgende Maßnahmen zu treffen:

- Der Konsum harter Drogen bleibt straflos.
- Der Süchtige wird nicht mehr als Krimineller definiert, sondern eindeutig als Kranker.
- Das strafrechtliche Erfassungssystem wird durch ein soziales Kontrollsystem (Drogenzentren) ersetzt. Das Strafrecht hat nicht mehr die Aufgabe, uneinsichtige Drogenabhängige einer Zwangstherapie im strafjustiziellen Rahmen zuzuführen. Anstelle

von Polizei und Justiz werden nunmehr Sozialtherapeuten tätig.

- Diese überwachen durch agierende Sozialarbeit die Drogenszene und deren Umfeld.
- Die Drogenzentren bilden die Vermittler zwischen Süchtigen und Therapieeinrichtungen.
- Der Absolutheitsgrundsatz, nur Hilfe zu gewähren, wenn der Süchtige therapiewillig ist, wird aufgegeben. Die Anspruchshaltung des Helfenden ist einzuschränken. Es wird erkannt, daß auch solche Drogensüchtige, die eine Therapie ablehnen, zumindest einer sozialen Hilfestellung bedürfen.
- Den Drogenabhängigen sind deshalb Mittel zur Befriedigung ihrer einfachsten Lebensbedürfnisse zu überlassen, um ihnen auch ein humanes Leben in der Sucht zu ermöglichen.
- Die repressive formelle Sozialkontrolle übernimmt schwerpunktmäßig die Bekämpfung der Kriminalität der Angebotsseite.
- In Anlehnung an amerikanische Erfahrungen werden agierende Strategien zur umfassenden Bekämpfung des organisierten Verbrechens entwickelt.
- Die repressiven Maßnahmen gegen den Handel richten sich überwiegend gegen die oberen Stufen der Organisation und nicht so sehr gegen süchtige Klein Händler.
- Die drogenfreien Therapieformen sind auch weiterhin qualitativ zu verbessern und zu unterstützen.
- Wartezeiten bei diesen Therapien dürfen nicht mehr bestehen.
- Der Zugang zu diesen Therapien basiert auf strikter Freiwilligkeit des Süchtigen.
- Die drogenfreien Therapien müssen ihren Zwangs- und Strafcharakter aufgeben.
- Die Zielsetzung "Drogenfreiheit" für alle Süchtigen wird aufgegeben, weil sie unrealistisch und nicht einhaltbar ist.
- Die Absolutheitsstellung der drogenfreien Therapien wird durchbrochen, ohne sie zu verdrängen.

- Methadonerhaltungsprogramme werden als zusätzliche Therapieform in dafür eingerichteten Zentren angeboten.
- Es ist die freiwillige Entscheidung des Süchtigen, an welcher Therapieform er teilnehmen will.
- Die Methadonerhaltungsprogramme beschränken sich nicht nur auf eine reine Abgabe von Methadon, sondern geben auch sozialtherapeutische Hilfestellungen.
- Der Süchtige soll durch sozialintegrierende Maßnahmen repressionsfrei umfassend in Freiheit behandelt werden.
- Die Einnahme von Methadon erfolgt strikt unter Aufsicht, um das Entstehen eines grauen Marktes zu verhindern.
- Der Einsatz von dem langwirkenden Methadon (LAAM) wird in Pilotprojekten erprobt.
- Methadonerhaltungsprogramme und drogenfreie Therapien arbeiten kooperativ zusammen.
- Auch weiterhin ist die Drogenfreiheit, soweit erreichbar, oberstes Therapieziel.
- Beide Therapieformen sind verpflichtet, sich hinsichtlich des Erfolges ihrer Arbeit empirischen Effektivitätsanalysen zu unterziehen.
- Nach Erfahrungen mit der beschränkten Legalisierung erfolgt eine wissenschaftliche Auswertung und eine Grundsatzdiskussion, ob Heroinprogramme zu eröffnen sind.
- In der Aufklärungsarbeit sind Mythen zu beseitigen und die Wirkungsweise von Drogen und die Ursachen der Sucht realistisch darzustellen.

LITERATURVERZEICHNIS

I. BIBLIOGRAPHIEN

- ACCERI, F./BLUM, M.
Methadone-Maintenance -Bibliographie-,
Journal of Drug Issues 1974, S. 181-194
- DER BUNDESMINISTER FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUND-
HEIT/DER MINISTER FÜR ARBEIT, GESUNDHEIT UND
SOZIALES DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN
Dokumentation. Gefährdung durch Alkohol,
Rauchen, Drogen, Arzneimittel,
idis, Bielefeld, Westerbeldstr. 15/17
- FAUPEL, CHARLES, E.
Bibliography of Empirical Studies,
in : Inicardi, James A.: The Drugs-Crime
Connection, S. 203-206, Beverly Hills,
London 1981
- GANDOSSY, ROBERT P./WILLIAMS JAY R./COHEN, JO/
HARWOOD, HENRICK J.
A Survey and Analysis of the Extant Crime/Drug
Literature: Methodological Issues, Paterns of
Drug Use and Criminal Behavior, Life Cycles,
Exonomoic Issues, and Drug Treatment,
Center for the Study of Social Behavoir,
S. 121-166, Research Triangle Institute,
Research Triangle Park, North Carolina 1979
- VAN GINNEKEN, S.B.
Recente literatuur over het gebruik van
methadon bij de behandeling van heroïne-
verslaafden, tijdschrift voor alcohol, drugs
en andere psychotrope stoffen 4/1979,
S. 115-123
- INFORMATION SERVICE AND LIBRARY (isdd)
Drug Abuse Current Awareness Bulletin,
Kingsbury House 3, Blackburne Road, London
- KAPUSTE, JOHANNES
Ausgewählte internationale Literatur zur
Methadonbehandlung opiatabhängiger
Jugendlicher in der ambulanten Praxis,
Giftzwergpresse, Heerhugowaard,
Niederlande 1979
- KIRCHNER, HILDEBERT/MACKERT, JOSEF/SCHNEIDER, FRANZ
Karlsruher Juristische Bibliographie,
München, Frankfurt/M.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE/
PUBLIC HEALTH SERVICE/NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH
Cumulated Index Medicus, Subjekt Index,
Washigton DC

II. BÜCHER UND AUFSÄTZE

- AGAR, MICHAEL H./STEPHENS, RICHARD C.
The Methadone Street Scene : The Addict's View,
Psychiatry 1975, S. 381-387
- ARBAH-ZADEH, AMIR
Schuldfähigkeit und Strafzumessung bei drogen-
abhängigen Delinquenten, Neue Juristische
Wochenschrift 1978, S. 2326-2329
- AUSTIN, GREGORY/LETTIERI, DAN J. (Hrsg.)
Drugs and Crime. The Relationship of Drug Use
and Concomitant Criminal Behavior, National
Institute on Drug Abuse, Research Issues 17,
Rockville Pike 1976
- BALL, JOHN C./ROSEN, LAWRENCE/FLUECK, JOHN A./NURCO,
DAVID N.
The Criminality of Heroin Addicts.
When Addicted and When Off Opiates in:
Inicardi: The Drugs-Crime Connection, a.a.O.,
S. 39-65
- BARIDON, PHILIP C.
Addiction, Crime and Social Policy,
Lexington, Massachusetts, Toronto, London 1976
- BARKOW, D.R./GRAUL, E.H. (Hrsg.)
Suchtprobleme heute. Strahlenunfälle und
Nuklearkatastrophen, Vorträge der XI.
Medicinale, Iserlohn 1981
- BAUER, GÜNTHER
Rauschgift, Lübeck 1972
- BAYER, RONALD
Heroin Decriminalization and the Ideology of
Tolerance : A Critical View, Law and Society,
Winter 1978, S. 301-318
- BAYER, RONALD
Methadone under Attak : an Analysis of
Popular Literature, Contemporary Drug Problems
1978, S. 367-386
- BAZELL, ROBERT J.
Drug Abuse : Methadone becomes the Solution
and the Problem, Science 179/1973,
S. 772-775
- BEAN, PHILIP
The Social Control of Drugs, London 1974
- BECKER, HOWARD S.
Aussenseiter. Zur Soziologie abweichenden
Verhaltens, Frankfurt a.M. 1981

- BEIL HW./TROJA A.
Zur Substitutionstherapie Opiatabhängiger
mit Methadon und I-Polamidon, Therapie-
woche 40/1973, S. 3615-3620
- BEIL, HW./GÜNTHER, E./KELLERMANN, B./SCHULZ,
E.O./TROJAN, A.
Drogen-Szene Hamburg. Ein dringender Appell,
Hamburger Ärzteblatt 10/1979, S. 376-379
- BERGER, HERBERT
Differentielle Karrieremuster bei jugendli-
chen Drogenkonsumenten, Dissertation, Köln
1976
- BERGER, HERBERT/REUBAND, KARL-HEIZ/WIDLITZEK,
ULRIKE
Wege in die Heroinabhängigkeit. Zur Entwick-
lung abweichender Karrieren, München 1980
- BLACKMORE, JOHN
Once hailed as a Cure, Methadone is now
attacked as Part of the Disease, Correction
Magazine, Dezember 1979, S. 25-31
- BLUMBERG, HERBERT H.
British Users of Opiate-type Drugs : A
Follow-up Study, British Journal of Addiction
1976, S. 65-77
- BEWLEY, THOMAS H.
Maintenance Treatment of Narcotic Addicts
(Not British nor a System, bit working now),
The International Journal of the Addictions
1972, S. 597-611
- BINIEK, EBERHARD
Drogenabhängigkeit. Therapie und Rehabilita-
tion, Darmstadt 1978
- BLUM, RICHARD
Drugs and Violence in : Austin/Lettieri a.a.O.,
S. 3-5
- BOETTCHER, OTTO
Verbrechertum, organisiert in : Elster/
Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 3, a.a.O.,
S. 464-473
- BONNIE, R.J./SONNENREICH, M.R.
Legal Aspects of Drug Dependence, Cleveland
Ohio 1975
- BOURNE, PETER G.
Addiction, New York, San Francisco, London 1974
- BOURNE, PETER G.
Methadone. Benefits and Shortcomings, Drug
Abuse Council 10/75, Washington DC

- BOWDEN, CHARLES L./MADDUX, JAMES F.
Arrests before and during Methadone Maintenance, The International Journal of the Addictions 1978, S. 921-931
- BRECHER, EDWARD M.
Licit and Illicit Drugs, Boston, Toronto 1972
- BRICKNER ROTHENBERG, PEARILA
Employment Patterns of Male Methadone Maintenance Patients, American Journal of Drug and Alcohol Abuse 1978, S. 425-439
- BRINKMANN, BERND/MÄTZSCH THOMAS/PÜSCHEL, KLAUS
Hamburger Fixerszene. Struktur und Delinquenz, Kriminalistik 4/1979, S. 182-185
- BRÖMER, HORST/SCHLENDER, JÖRG-ULRICH
Ergebnisse einer Forschungsreise. Intramurale Rehabilitation Heroinabhängiger in den USA. Auf der Suche nach der Lösung eines Widerspruches, Hektographiert, ohne Orts- und Zeitangabe
- BRUNNER, RUDOLF
Die Drogenkriminalität in der jugendrichterlichen Praxis, Juristische Rundschau 1973, S. 89-94
- BSCHOR, FRIEDRICH
Die Entwicklung der Drogenszene bis heute, Zeitschrift für Allgemeinmedizin 22/1977, S. 1251-1262
- BSCHOR, FRIEDRICH/JUNGE, SIGURD
Mortalität Drogenabhängiger in Berlin seit 1971, Die Berliner Ärztekammer 5/1977, S. 299-306
- BSCHOR, FRIEDRICH/ALGEIER, ROSWITHA/MILLHOLLAND, DENNIS
Ein Modell für Berlin : Integriertes Behandlungssystem für Drogenabhängige, Sonderdruck aus "Die Berliner Ärztekammer" 1977, S. 3-12
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUGEND, FAMILIE UND GESUNDHEIT
Dokumente zum Drogenproblem mit Informationen für Eltern und Erzieher, Bonn-Bad Godesberg 1972
- BURCHARD, JOHANN M.
Übersichten. Die Behandlung Opiatsüchtiger mit Opiaten und ihren Antagonisten, Nervenarzt 1972, S. 50-54
- CHAMBERS, CARL D./BRILL, LEON
Methadone : Experiences and Issues, New York City 1973

- COATES, ROBERT B./MILLER, ALDEN D.
Patrolman and Addicts : A Study of Police
Perception and Police-Citizen Interaction,
Journal of Police Science and Administration
1974, S. 308-321
- COHEN, MELVIN/HOWARD, ALFREDA/KLEIN, DONALD F./
NEWFIELD, KRISTINE
Evaluating Outcome Criteria used in Methadone
Maintenance Programs, The International
Journal of Addiction 1976, S. 283-294
- COIGNERAI-WEBER, CATHERINE/HEGE, HANS
Drogenabhängigkeit und Straffälligkeit. Die
unvollständige Reform des Betäubungsmittelge-
setzes, Monatschrift für Kriminologie und
Strafrechtsreform 3/1981, S. 132-147
- COUNCIL OF EUROPE
Penal Aspects of Drug Abuse, Strasbourg 1974
- CHRISTIANI, E./STÜBING, G.
Drogenmißbrauch und Drogenabhängigkeit.
Compendium für Ärzte, Juristen, Sozial-
und Erzieherberufe, Löwenich 1973
- CRITICAL CONCERNS IN THE FIELD OF DRUG ABUSE
Proceedings of the Third National Drug Abuse
Conference, New York, 1976. New York,
Basel 1978
- CUSHMAN, PAUL
Relationship between Narcotic Addiction and
Crime, Federal Probation 1974, S. 38-44
- CUSHMAN, PAUL
Ten Years of Methadone Maintenance Treatment :
Some Clinical Observations, American Journal
of Drug and Alcohol Abuse, 1977, S. 543-553
- DANACEAU, PAUL
What's Happening with Heroin Maintenance,
Drug Abuse Council, 1/1977 Washington DC
- DEALING WITH DRUG ABUSE
A Report to the Ford Foundation, 1972
- DELONG, JAMES V.
Treatment and Rehabilitation in : Dealing with
Drug Abuse a.a.O., S. 173-254
- DER SPIEGEL
Die erste Spritze in der großen Pause. Drogen-
sucht außer Kontrolle - und der Bonner Gegen-
stoß geht ins Leere, Nr. 24/1980, S. 55-69
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN SUCHTGEFAHREN
Methadonverabreichung eine gefährliche Drogen-
therapie!, Suchtgefahren 1973, S. 119

- DEUTSCHE KRIMINOLOGISCHE GESELLSCHAFT E.V.
Kriminologische Probleme des Alkohol- und
Drogenmißbrauchs. Arbeitstagung der Deutschen
Kriminologischen Gesellschaft am 23. Mai 1981
in Frankfurt/Main, Kriminologische Schriften-
reihe, Bd. 80, Heidelberg 1982
- DIRNAGL, BEATE/STEIN-HILBERS, MARLENE
Rauschmittelmißbrauch : Soziologisch-psycho-
logischer Beitrag in : Elster/Lingemann/Sie-
verts/Schneider, Bd. 2., a.a.O., S. 494-514
- DITTRICH, J./GNERLICH, F./HÜNNEKENS, H./ROMETSCH,
W./THOMAS, B.
Erfolg und Mißerfolg bei der stationären
Behandlung von Drogenabhängigen, Sucht-
gefahren 1976, S. 121-140
- DOLE, VINCENT P./NYSWANDER, MARIE E.
Medizinische Behandlung der Diacetylmorphin-
(Heroin-) Sucht in : Biniek a.a.O., S. 157-170
- DOLE, VINCENT P./NYSWANDER, MARIE E./WARNER, ALAN
Successful Treatment of 750 Criminal Addicts,
Journal of the American Medical Association
1968, S. 2708-2711
- DRUCKER, ERNEST
Addiction in Great Britain : A Closer Look
in : Critical Concerns in the Field of Drug
Abuse a.a.O., S. 1375-1381
- DÜNKEL, FRIEDER
Strafrechtliche Drogengesetzgebung im inter-
nationalen Vergleich in : Völger/von Welck/
Legnaro a.a.O., S. 674-683
- DUPONT, ROBERT L./GREENE, MARK M.
The Dynamics of a Heroin Addiction Epidemic,
Science 24/1973, S. 716-722
- DUPONT, ROBERT L./GOLDSTEIN AVRAM/O`DONNEL, JOHN/
BROWN, BARRY
Handbook on Drug Abuse, Washington 1979
- EBERLE, GUNDRUN
Die Rehabilitation von Drogenabhängigen in
der Bundesrepublik Deutschland. Erklärungs-
ansätze zur Entstehung und gesellschaftlichen
Bewertung des Drogenkonsums und Analyse der
Wirksamkeit präventiver und therapeutischer
Maßnahmen zur Rehabilitation Drogenabhängiger,
Dissertation, Nürnberg 1976
- EBERMANN, HARRY
Methadon-Behandlung. Psychologische Bemerkungen
zu einer resignierenden Therapie, Münchener Me-
dizinische Wochenschrift 46/1973, S. 2096-2098

- EDWARD, J.
British Policies on Opiate Addiction : Ten Years Working of the Revised Reponse, and Options for the Furture, British Journal of Psychiatry 1979, S. 1-13
- EDWARD, J.
Some Years on. Evolutions in the "British System" in : West a.a.O., S. 1-51
- EDWARDS, ELIZABETH D./GOLDNER, NORMAN S.
Criminality and Addiction : Decline of Client Criminality in a Methadone Treatment Program in : Senay/Shorty/Alksne a.a.O., S. 878-885
- EHRHARDT, H.E.
Suchtstoffmißbrauch als Grenzproblem zwischen Medizin, Recht und Sozialfürsorge in : Barkow/Graul a.a.O., Kapitel VII
- EISENBACH-STANGL, IRMGARD
Drogenpolitik und ihre Folgen : ein internationaler Vergleich in : Mader/Strotzka a.a.O., S. 355-441
- ELLINGER, HANS
Betäubungsmittel und Strafbarkeit. Ein Beitrag zur Änderung der Strafbestimmungen des Opiumgesetzes durch das Gesetz vom 22. Dezember 1971 und zum Problem Rauschgift aus rechtlicher Sicht, Bundeskriminalamt, Wiesbaden 1974
- ELSTER, ALEXANDER/LINGEMANN, HEINRICH
(als Begründer)
- SIEVERTS, RUDOLF/SCHNEIDER, HANS JOACHIM
(als Neubearbeiter der zweiten Auflage und Hrsg.)
Handwörterbuch der Kriminologie,
Band 2, Kriminalpolitik-Rauschmittelmißbrauch, Berlin, New York ²1977.
Band 3, Rechtsfriedensdelikte-Zwillingsforschung, Berlin, New York ²1975.
Ergänzungsband, Berlin, New York ²1979
- EPSTEIN, EDWARD JAY
Methadone : The Forlorn Hope, The Public Interest 36/1974, S. 3-24
- ESSINGER, HELMUT
Soziale Rand- und Problemgruppen, München 1977
- FALK, GUNTER
Drogenkreisläufe, makroökonomische und makrosoziologische Untersuchungen zur gesellschaftlichen Herstellung, Verteilung, Verwendung und Kontrolle von psychoaktiven Substanzen in : Mader/Strotzka a.a.O., S. 59-102
- FERGUSON, ROBERT W.
Drug Abuse Control, Boston, 1975

- GANDOSSY, ROBERT P./WILLIAMS, JAY R./COHEN, JO/
HARWOOD, HENRICK J.
A Survey and Analysis of the Extant Crime/Drug
Literature : Methodological Issues, Patterns
of Drug Use and Criminal Behavior, Life Cycles,
Economic Issues, and Drug Treatment, Center
for the Study of Social Behavior Research
Triangle Institute, Research Triangle Park,
North Carolina 1979
- GEARING, FRANCES R.
Evaluation of Methadone Maintenance Treatment
Programs, The International Journal of the
Addictions, 1970, S. 171-197
- GEBHARDT, CHRISTOPH
Drogentherapie mit Polamidon - technokratischer
Reformoptimismus als unzulängliche Antwort auf
ein gesellschaftliches Krisenphänomen, Neue
Praxis 2/1980, S. 240-249
- GEIS, GILBERT
Drogenmißbrauch in : Schneider : Die Psycholo-
gie des 20. Jahrhunderts a.a.O., S. 550-564
- GERCHOW, JOACHIM
Todesfälle unter Fixern in: Keup: Sucht als
Symptom a.a.O., S. 77-80
- GERCHOW, JOACHIM
Rechtsstellung des Arztes und ärztliche
Verschreibungspraxis bei Drogenabhängigen,
Suchtgefahren 1978, S. 129-138
- GLATT, M.M.
Erfahrungen in Großbritannien in : Steinrecher/
Solms a.a.O., S. VIII/44-VII/62
- GMÜR, M./UCHTENHAGEN, A.
Die Methadonbehandlung von Heroinabhängigen in
der Schweiz, Therapiewoche 1980, S. 1228-1235
- GOELZ, JOERG
Katamnestiche Untersuchungen an klinisch und
ambulant behandelten jugendlichen Drogenkon-
sumenten, Dissertation, Tübingen 1977
- GOLDMAN, FRED R./THISTEL, CARL I.
Diversion of Methadone : Illicit Methadone Use
among Applicants to two Metropolitan Drug Abuse
Programs, The International Journal of the
Addictions 1978, S. 855-862
- GOLDSTEIN, A
Heroin Action and the Role of Methadone in its
Treatment, Archives of general Psychiatry 1972,
S. 289-294

- GORDON, ALISTAR M.
Drugs and Delinquency. A Four Year Follow-up
of Drug Clinic Patients, British Journal of
Psychiatry 1978, S. 21-26
- GORDON, ALISTAR, M
Patterns of Delinquency in Drug Addiction,
British Journal of Psychiatry 1973, S. 205-210
- GOSSOP, MICHAEL
A Review of the Evidence for Methadone Maintenance as a Treatment for Narcotic Addiction,
The Lancet, April 15, 1978, S. 812-815
- GOTTHEIL, EDWARD
Common Questions about Methadone Treatment, The
Journal of The Medical Society of New Jersey
8/1977, S. 667-671
- GRAALMANN, KIRSTEN
Von der Drogenszene... Drogentherapie im Strafvollzug? in : Ortner a.a.O., S. 85-105
- GREENBERG, STEPHANIE W./ADLER, FRED A
Crime and Addiction : an empirical Analysis of
the Literature, 1920-1973, Contemporary Drug
Problems 1974, S. 221-270
- GREENE, MARK M./DUPONT, ROBERT L.
Heroin Addiction Trends, American Journal of
Psychiatry 1974, S. 545-550
- GREENE, MARK H./BROWN, BARRY S./DUPONT, ROBERT L.
Controlling the Abuse of Illicit Methadone in
Washington DC, Archives of general Psychiatry,
Feb. 1975, S. 221-226
- GUBAR, GEORGE
Methadone : Blessing or Curse, Federal Probation 1978, S. 15-21
- GÜLZOW, HAGEN
Drogenmißbrauch und Betäubungsmittelgesetz.-
Eine kriminologische und rechtspolitische
Untersuchung, Kriminologische Schriftenreihe,
Band 64, Heidelberg 1978
- HACKER, FRIEDRICH
Drogen. Verhüten statt behandeln, behandeln
statt bestrafen, Wien, München, Zürich, New
York 1981
- HAFENMEIER, DIETER
Heroinkonsum : Überlegungen zur Eindämmung
der Nachfrage, Kriminalistik 4/1979,
S. 174-177

HALBACH, HANS

Drogenhunger. Die pharmakologische Dimension der Methadonbehandlung. Ein medizinischer Kommentar, Sozialmagazin, 11/1980 S. 30-32

HAYIM, GILA J.

Changes in the Criminal Behavior of Heroin Addicts under Treatment in the Addiction Research and Treatment Corporation in: Hayim/Lukoff/Quatrone a.a.O., S. 1-62

HAYIM, GILA J./LUKOFF, IRVING/QUATRONE, DEBRA

Heroin Use and Crime in a Methadone Maintenance Programm - An Interim Report, National Institute of Law Enforcement and Criminal Justice, Washington 1973

HEBERLE, B./GERCHOW, J.

Todesursachen bei Suchtkranken in: Keup: Folgen der Sucht a.a.O., S. 29-37

HECKMANN, WOLFGANG

Wenn der Dealer einen weissen Kittel trägt, Psychologie Heute 3/1979, S. 40-44

HEROIN MAINTENANCE

A Panel Discussion, Contemporary Drug Problems 1973, S. 165-200

HERTWECK, GÜNTER

Prozessualer Flankenschutz für das Betäubungsmittelgesetz, Kriminalistik 6/1972, S. 267-269

HERXHEIMER, H./PRIBILLA, W.

Methadon und die Behandlung der Drogenabhängigkeit, Der Arzneimittelbrief 3/1978, S. 17-20

HÜNNEKENS, HELMUT

Zur Delinquenz Drogenabhängiger, Jugendschutz 1977, S. 113-117

HUNCKE, WOLFRAM (Hrsg.)

Die Drogenjugend. Berichte, Analysen und Fakten über die Heroinabhängigkeit Jugendlicher, Frankfurt/M., Berlin, Wien 1981

HUNT, LEON G./ZINBERG, NORMAN E.

Heroin Use : A New Look, Drug Abuse Council 9/1976, Washington DC

INCIARDI, JAMES A.

The Villification of Euphoria : Some Perspectives on an Elusive Issue, Addictive Diseases 1974, S. 241-267

INICARDI, JAMES A.

Heroin Use and Street Crime, Crime and Delinquency 1979, S. 335

- INICARDI, JAMES A. (Hrsg.)
The Drugs-Crime Connection, Beverly Hills,
London 1981
- INICARDI, JAMES A./CHAMBERS, CARL D.
Drugs and the Criminal Justice System, Beverly
Hills, London 1974
- JACOBS, PHILLIP E./DOFT, ELLEN B./KOGER, JAMES
Methadone and Criminality : A Surban Perspec-
tive, American Journal of Drug and Alcohol
Abuse 1978, S. 51-58
- JENNY, ROLF
Drogenkonsum und Drogenhandel in der Sicht des
Kriminologen. Kriminalsoziologische, kriminal-
psychologische und strafrechtliche Aspekte der
Drogenpolitik, Dissertation, Zürich 1973
- JOHNSON, BRUCE D.
The Social Function of Opiat Maintenance
Clinics in London and New York City, British
Journal of Addiction 1976, S. 175-182
- JOHNSON, BRUCE D.
How much Heroin Maintenance (Containment) in
Britain?, The International Journal of the
Addictions 1977, S. 361-398
- JOSEPHSON, ERIC/CAROLL, ELEANOR E.
Drug Use. Epidemiological and Sociological
Approaches, Washington 1974
- JUDIS, ROLF-MICHAEL
Der jugendliche Drogendelinquent. Eine krimino-
logische Analyse von 625 rechtskräftigen Straf-
urteilen aus dem Jahre 1972, Dissertation,
Marburg 1975
- KAPUSTE, JOHANNES
Münchener Freiheit, Psychologie Heute
9/1978, S. 61-66
- KAPPEL, SYBILLE
Aspekte der Entwicklung des "Britischen Sys-
tems" der Behandlung Opiatabhängiger, Wiener
Zeitschrift für Suchtforschung 3/1980,
S. 33-35
- KEUP, WOLFRAM
Methadon-Erhaltungsprogramme. Die Verwend-
barkeit von Polamidon für Suchtkranke in
Deutschland, Deutsches Ärzteblatt 18/1973,
S. 1179-1182
- KEUP, WOLFRAM
Zur Methadon-"Behandlung", Suchtgefahren 1973,
S. 121-123

KEUP, WOLFRAM

Sucht als Symptom. 2. Wissenschaftliches
Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen
Suchtgefahren in Bad Kissingen 1976.
Stuttgart, New York 1978

KEUP, WOLFRAM

Folgen der Sucht. 3. Wissenschaftliches
Symposium der Deutschen Hauptstelle gegen
Suchtgefahren in Tutzing 1978. Stuttgart,
New York 1980

KING, RUFUS

"The American System" : Legal Sanctions to
Repress Drug Abuse in : Inciardi/Chambers
a.a.O., S. 17-38

KISSIN, BENJAMIN/LOWINSON, JOYCE H./MILLMAN,
ROBERT B.

Recent Developments in Chemotherapy of Narcotic
Addiction, New York 1978

KLEINER, DIETRICH

Der junge Drogenabhängige im Strafverfahren -
Therapieeinleitung durch den Jugendrichter,
Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechts-
reform 2/1978, S. 135-138

KLEMM, L.

Ambulante Behandlung von Suchtkranken mit
Drogen? Die strafrechtliche Verantwortung des
Arztes unter Berücksichtigung der Rechtsprech-
ung des Bundesgerichtshofes, Münchener
Medizinische Wochenschrift 7/1982, S. 141-142

KRACH, CHRISTA/LOTZE, JÜRGEN/PESCHKE, HARTMUT/
PETER, URSULA/RABE, MARIE-LUISE/SCHÖNHÖFER, PETER
Ambulantes Therapieprogramm mit Methadon.
Aus dem Jugend- und Drogenberatungszentrum
Hannover - 2 Jahre danach, Niedersächsisches
Arzteblatt 9/1978, S. 289-292

KRAUTHAN, GÜNTER

Einführung von Methadonerhaltungsprogrammen
in der Bundesrepublik Deutschland? Eine
kritische Literaturübersicht, Deutsche
Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Informations-
dienst Nr. 3/4, Hamm 1980

KREEK, MARY JEANNE

Methadone in Treatment : Physiological and
Pharmacological Issues in : DuPont/Goldstein/
O'Donnel/Brown a.a.O., S. 57-86

KREEK, MARY JEANNE

Medical Complications in Methadone Patients
in : Kissin/Lowinson/Millman a.a.O.,
S. 110-134

KREUZER, ARTHUR

Kriminologische, kriminalpolitische und straf-
justizielle Aspekte des Drogenwesens in der
Bundesrepublik in : Schäfer a.a.O., S. 243-
292

KREUZER, ARTHUR

Der Drogenmißbrauch und seine Bekämpfung,
Zeitschrift für die gesamte Strafrechts-
wissenschaft 1974, S. 379-453

KREUZER, ARTHUR

Drogen und Delinquenz. Eine jugendkriminolo-
gische-empirische Untersuchung der Erschei-
nungsformen und Zusammenhänge, Wiesbaden 1975

KREUZER, ARTHUR

Das Drogenproblem und Grundstrategien einer
Drogenpolitik, Suchtgefahren 1979, S. 97-113

KREUZER, ARTHUR

Drogendelinquenz zwischen Therapie und Straf-
justiz, Neue Juristische Wochenschrift 1979,
S. 1241-1243

KREUZER, ARTHUR

Anmerkungen zum BGH-Urteil vom 8.5.1979, Neue
Juristische Wochenschrift 1979, S. 2357-2358

KREUZER, ARTHUR

Ist der Fixer krank oder kriminell? Die Zeit,
Nr. 14, 28.3.1980, S. 16

KREUZER, ARTHUR

Kriminelle Karrieren des Süchtigen in:
Deutsche kriminologische Gesellschaft e.V.
a.a.O., S. 43-58

KREUZER, ARTHUR/MAASSEN, MARCEL

Polizeiliche Konzepte und Strategien darge-
stellt am Beispiel der Drogendelinquenz in:
Kube/Aprill a.a.O., S. 43-59

KREUZER, ARTHUR/GEBHARDT, CHRISTOPH/MAASSEN, MAR-
CEL

Opfer innerhalb krimineller Subkulturen - unter
besonderer Berücksichtigung der Drogensubkul-
turen in: Schneider: Das Verbrechenopfer ...
a.a.O., S. 264-275

KREUZER, ARTHUR/GEBHARDT, CHRISTOPH/MAASSEN, MAR-
CEL/STEIN-HILBERS, MARLENE

Drogenabhängigkeit und Kontrolle. Kriminolo-
gische Untersuchung über Phänomenologie des
Heroinkonsumes und polizeiliche Drogen-
kontrolle, BKA-Forschungsreihe, Nr. 14,
Wiesbaden 1981

KÖRNER, HARALD

Bekämpfung von Drogensucht und internationalen
Drogenhandel, Zeitschrift für Rechtspolitik
3/1980, S. 57-62

KONRAD ADENAUER STIFTUNG

Soziale Dienste für Suchtkranke und delinquente
Kinder und Jugendliche, Bonn 1976

KUBE, EDWIN/APRILL, RAINER (Hrsg.)

Planung der Verbrechensbekämpfung, Heidelberg
1980

KUTSCH, THOMAS/WISWEDE, GÜNTER (Hrsg.)

Drogenkonsum. Einstieg, Abhängigkeit, Sucht,
Hain 1980

LADEWIG, D.

Drogen und Alkohol. Der aktuelle Stand in der
Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger,
Basel 1980

LENNARD, HENRY L./EPSTEIN, LEON J./ROSENTHAL

MITCHELL S.

The Methadone Illusion, Science May/1972,
S. 881-884

LINDESMITH, ALFRED, R.

The Addict and the Law, Bloomington 1965

LINDESMITH, ALFRED, R.

Addiction and Opiates, Chicago 1968

LING, WALTER/BLAINE, JACK D.

The Use of LAAM in Treatment in : DuPont/
Goldstein/O'Donnel/Brown a.a.O., S. 87-96

LOOS, PETER

Was versteht man unter Drogenkriminalität
(Rauschmittelkriminalität)? drogen-report
9/1972, S. 16

LOTZE, JÜRGEN

Stellungnahme zur Veröffentlichung der DHS:
"Methadon-Verabreichung eine gefährliche
Drogentherapie", Suchtgefahren 1973,
S. 120-121

LOTZE, JÜRGEN

Therapiemodelle und Praktische Therapie der
Drogenabhängigkeit. Methadonbehandlung - eine
Möglichkeit zur Therapie von Opiatabhängigen?
drogen-report 3/1973, S. 13-16

LOTZE, JÜRGEN/RABE, MARIE-LUISE/STICHTENOTH, HARTMUT

Bericht über die Methadonbehandlung des Nieder-
sächsischen Jugendberatungszentrums Hannover des
DPWV, Niedersächsisches Ärzteblatt, 11/1973,
S. 358-362

- LOURIA, D.B.
Folgen bei Drogenmißbrauch in: Schenk: Drogen-
konsum ... a.a.O., S. 201-212
- LOWINSON, JOYCE H.
General Discussion in : Kissin/Lowinson/Millman
a.a.O., S. 190-196
- LOWINSON, JOYCE H./MILLMAN, ROBERT B.
Clinical Aspects of Methadone Maintenance
Treatment in : Dupont/Goldstein/O'Donnel/Brown
a.a.O., S. 49-56
- LOWINSON, JOYCE H./ALKSNE, LOIS S./LANGROD, JOHN
Changing Patterns of Street Methadone Use in :
Critical Concerns in the Field of Drug Abuse
a.a.O., S. 120-124
- LÜDERSSEN, KLAUS
Abhängigkeit von Drogen - verspricht das
Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittel-
rechts Abhilfe in: Völger/von Welk/Legnaro
a.a.O., S. 748-751
- LUKOFF, IRVIN F.
Issues in the Evaluation of Heroin Treatment
in: Josephson/Carroll a.a.O., S. 129-157
- MADER, RUDOLF/STROTZKA, HANS (Hrsg.)
Drogenpolitik. Zwischen Therapie und Strafe,
Wien 1980
- MADDUX, JAMES F./BOWDEN, CHARLES I.
Critique of Success with Methadone Maintenance,
American Journal of Psychiatry 1972, S. 440-446
- MADDUX, JAMES F./DESMOND, DAVID P.
Crime and Treatment of Heroin Users, The Inter-
national Journal of the Addictions 1979,
S. 891-904
- MARTIN, JOHN M.
From Morphine Maintenance to Methadone Maintenance,
1919-1975 : The History, Promise, and
Problems of Narcotic Clinics in The United
States in: Trebach a.a.O., S. 8-29
- MAY, EDGAR
Narcotics Addiction and Control in Great Bri-
tain in: Dealing with Drug Abuse a.a.O.,
S. 345- 394
- McGLOTHIN, WILLIAM H.
Drugs and Crime in: Dupont/Goldstein/O'Donnell/
Brown a.a.O., S. 357-364

- McGLOTHIN, WILLIAM H./TABBUSH, VIKTOR, C.
Costs, Benefits, and Potential for Alternative
Approaches to Opiate Addiction Control in:
Inciardi/Chambers a.a.O., S. 77-124
- McGLOTHIN, WILLIAM H./ANGLIN, DOUGLAS M./WILSON,
BRUCE D.
Narcotic Addiction and Crime, Criminology,
1978, S. 293-316
- MEUDT, VOLKER
Drogen und Öffentlichkeit. Soziale Probleme,
gesellschaftliche Konflikte und öffentliche
Kommunikation am Beispiel der Drogenbericht-
erstattung der Presse, München 1979
- MEUDT, VOLKER
Drogenpolitik in der Bundesrepublik in:
Kutsch/Wiswede a.a.O., S. 195-215
- MITCHESON, MARTIN
Maintenance Prescribing in the United Kingdom,
hektographiert, ohne Zeit- und Ortsangabe
- MITCHESON, MARTIN/HARTNOLL, RICHARD
The Consequences of Maintaining Heroin Addicts
with Injectable Heroin by Comparison with Oral
Methadon, hektographiert, ohne Zeit- und Orts-
angabe
- MITCHESON, MARTIN/HARTNOLL, RICHARD
Conflicts in Deciding Treatment within Drug
Dependency Clinics in: West a.a.O., S. 74-78
- MOEBIUS, MONICA
Pro und Contra Methadon, Psychologie Heute
11/1980, S. 45-52
- MORELL, MICHAEL X.
Maintenance of Opiate-Depent Persons in the
United States : A Legal Medical History in:
Bonnie/Sonnenreich a.a.O., S. 213-258
- MOSS, ANDREW
Methadone's Rise and Fall in : Rock a.a.O., S.
135-153
- MOTT, JOY
A Long Term Follow-Up of Male Non-Therapeutic
Opiate Users and their Criminal Histories in :
West a.a.O., S. 80-94
- MOTT, JOY/TAYLOR, MARILYN
Delinquency among Opiate Users, Home Office
Research Studies, No. 23, London : Her
Majesty's Stationery Office 1974

- MÜLLER, ARNO
Psychoanalyse und Drogenkonsum in: Schwetdke/
Kropp a.a.O., S. 13-54
- NASH, GEORGE
The Impact of Drug Abuse Treatment upon
Criminality : A Look at 19 Programs,
Montclair State College 1973
- NASH, GEORGE
An Analysis of Twelve Studies of the Impact
of Drug Abuse Treatment upon Criminality in:
The National Institute on Drug Abuse and
Research Triangle Institute (Appendix),
a.a.O., S. 231-271
- NELL, RENÉE
Erfolge und Mißerfolge in der Rehabilitation
Drogensüchtiger in den USA in: Waldmann/
Zander a.a.O., S. 49-76
- NEURATH, PAUL
Einige sozio-kulturelle Unterschiede zwischen
chinesischen und anderen Methadonpatienten in
New York in: Mader/Strotzka a.a.O., S. 443-485
- NEWMAN, ROBERT G.
Methadone Treatment in Narcotic Addiction,
New York, San Franzisko, London 1977
- NEWMAN, ROBERT G./BASHKOW, SYLVIA/CATES MARGOT
Arrest Histories before and after Admission
to a Methadone Maintenance Treatment Program,
Contemporary Drug Problems 1973, S. 417-430
- NITTMANN, GEROLD
Streetwork mit Drogenabhängigen in: Mader/
Strotzka a.a.O., S. 307-314
- OFFENBACH, DAVID/DOLAN, KEITH
Drug Control - The Failure of the Law in:
West a.a.O., S. 146-162
- OLSON, LYNN
Drug Abuse. Heroin Maintenance Policy Seminar:
Summary of Proceedings, National League of
Cities, Washington 1978
- ORTNER, HELMUT (Hrsg.)
Freiheit statt Strafe. Plädoyers für die
Abschaffung der Gefängnisse, Frankfurt/Main
1981
- PAXTON, ROGER/MULLIN, PATRICK/BEATTIE, JACK
The Effects of Methadone Maintenance with Opiad
Takers, British Journal of Psychiatry 1978,
S. 473-481

- PECK, DAVID G./BECKETT, WAYNE
Methadone Maintenance : A Review and Critique,
British Journal of Addiction 1976, S. 369-376
- PERKINS, MARVIN E./BLOCH, HARRIET I.
Survey of Methadone Maintenance Treatment
Program, American Journal of Psychiatry 1970,
S. 33-39
- PERKINS, MARVIN E./ROGERS, SAMUEL L./O'HANLON,
JAMES P.
A detailed Report of the Incidence of Narcotic
Deaths in Westchester County over a five Year
Period in : Critical Concerns in the Field of
Drug Abuse a.a.O., S. 114-119
- PHARES, DONALD
Heroin and Society : An Economist's Perspective
on Public Policy in: Rachin/Czajkoski a.a.O.,
S. 147-170
- PIETRZIK, WERNER
Der internationale organisierte Rauschgift-
handel, Kriminalistik 7/1980, S. 315-326
- PILGRAM, ARNO
Die Kosten der Kriminalisierung des Drogenkon-
sumes in: Mader/Strotzka a.a.O., S. 117-148
- PLATT JEROME J./LABATE CHRISTINA
Heroin Addiction. Theory, Research and
Treatment, New York, London, Sydney, Toronto
1976
- PLATT, JEROME J./LABATE, CHRISTINA
Heroinsucht. Theorie, Forschung, Behandlung,
Darmstadt 1982
- POMEROY, WESLEY A.
Police Chiefs discuss Drug Abuse, Drug Abuse
Council, 11/1974 Washington DC
- QUENSEL, STEPHAN
Unsere Einstellung zur Droge, Kriminologisches
Journal 1/1980, S. 1-16
- QUENSEL, STEPHAN
Drogenelend. Cannabis, Heroin, Methadon: Für
eine neue Drogenpolitik, Frankfurt/Main,
New York 1982
- RACHIN, RICHARD L./CZAJKOSKI EUGENE H.
Drug Abuse Control. Administration and
Politics, Lexington, Toronto, London 1975
- REMSCHMIDT, HELMUT
Delinquenz und Praedelinquenz drogenabhängiger
Jugendlicher, Recht der Jugend und des
Bildungswesens 1972, S. 357-362

- RIEDESSER, P.
Methadonprogramme in den USA. Erfahrungen und Probleme, Medizinische Klinik 1974, S. 671-680
- ROCK, PAUL E.
Drugs and Politics, New Brunswick, New Jersey 1977
- SAPER, A.
The Making of Policy through Myth, Fantasy and historical Accident : The Making of American Narcotics Laws, British Journal of Addiction, 1974, S. 183-193
- SALEWKY, FRANZ
Eine kritische Betrachtung der Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität, Kriminalistik 8/1977 S. 346-348
- SCHÄFER, HERBERT
Grundlagen der Kriminalistik, Bd. 9, Rauschmittelmißbrauch, Rauschmittelkriminalität, Hamburg 1972
- SCHEERER, SEBASTIAN
Strafgesetzgebung in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Ergänzungsband, a.a.O., S. 393-404
- SCHEERER, SEBASTIAN
Rauschmittelmißbrauch, Juristisch-kriminologischer Beitrag in : Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2, a.a.O., S. 472-494
- SCHEERER, SEBASTIAN
Therapie als Strafe, unveröffentlichte Diplomarbeit des Fachbereiches 09 der Westfälischen Wilhelms Universität Münster, Münster 1979
- SCHEERER, SEBASTIAN
Therapie als Strafe, Therapie als Kontrolle, Sozialmagazin Juli/August 1980, S. 23-32
- SCHEERER, SEBASTIAN
Die gegenwärtigen Tendenzen in der deutschen Drogenpolitik in : Mader/Strotzka a.a.O., S. 317-353
- SCHEERER, SEBASTIAN/KAPPEL, SYBILLE
Die Behandlung von Drogenabhängigen nach dem neuen Betäubungsmittelgesetz, Kriminalpädagogische Praxis 1981, S. 2-26
- SCHENK, JOSEF
Droge und Gesellschaft, Berlin, Heidelberg, New York 1975

SCHENK, JOSEF

Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen, Ulm 1976

SCHLENDER, JÖRG U./KAPLAN, CHARLES D.

Die veränderte Heroinszene : Wissenschaftliches Konzept und resultierende politische Konsequenzen, Kriminologisches Journal 1/1980, S. 35-45

SCHMITT, RUDOLF

Strafrechtlicher Schutz des Opfers vor sich selbst? Gleichzeitig ein Beitrag zur Reform des Opiumgesetzes in: Schroeder/Zipf a.a.O., S. 113-126

SCHNEIDER, HANS JOACHIM

Viktimologie. Wissenschaft vom Verbrechensopfer, Tübingen 1975

SCHNEIDER, HANS JOACHIM

Kriminologie. Standpunkte und Probleme, Berlin, New York 1977

SCHNEIDER, HANS JOACHIM

Kriminologie (Grundlagen) II in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 2., a.a.O., S. 515-564

SCHNEIDER, HANS JOACHIM

Verbrechertum, organisiert in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Bd. 3., a.a.O., S. 473-487

SCHNEIDER, HANS JOACHIM

Kriminaltherapie in: Elster/Lingemann/Sieverts/Schneider, Ergänzungsband, a.a.O., S. 495-522

SCHNEIDER, HANS JOACHIM

Härtere Strafen und weniger Psychologie, Kriminalistik 2/1979, S. 84-90

SCHNEIDER, HANS JOACHIM (Hrsg.)

Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band XIV, Auswirkungen auf die Kriminologie. Delinquenz und Gesellschaft, Zürich 1981

SCHNEIDER, HANS JOACHIM (Hrsg.)

Das Verbrechenopfer in der Strafrechtspflege. Psychologische, kriminologische, strafrechtliche und strafverfahrensrechtliche Aspekte. Ausgewählte Referate des Dritten Internationalen Symposiums für Viktimologie 1979 in Münster/Westfalen. Berlin, New York 1982

SCHNEIDER, HANS JOACHIM

Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug, München 21982

- SCHÖNHÖFER, PETER S.
Risiko-Nutzen-Analyse der Methadon-Maintenance
in: Ladewig a.a.O., S. 189-195
- SCHÖNHÖFER, P.S./HASSE, H.E.
Zur Diskussion der Methadon-Programme in der
Bundesrepublik Deutschland, Deutsche Medizi-
nische Wochenschrift 1973, S. 2038-2043
- SCHROEDER, FRIEDRICH-CHRISTIAN/ZIPF, HEINZ
Festschrift für Maurach zum 70. Geburtstag,
Karlsruhe 1972
- SCHULZ, PAUL
Drogenscene. Ursachen und Folgen, Frankfurt
New York 1974
- SCHUR, EDWIN M.
Crimes Without Victims. Deviant Behavior and
Public Policy. Abortion, Homosexuality, Drug
Addiction, Englewood Cliffs, New Jersey 1965
- SCHUR, EDWIN M./BEDAU, HUGO ADAM
Victimless Crimes. Two Sides of a Controversy,
Englewood Cliffs, New Jersey 1974
- SCHUT, JACOB/STEER, ROBERT/GONZALEZ, FRANK I.
Types of Arrests Recorded for Methadone
Maintenance Patients Before, During, and After
Treatment, British Journal of Addiction 1975,
S. 89-93
- SCHWETDKE, ARNOLD/KROPP, FRITZ
Drogen, Gesellschaft, Pädagogik, Frankfurt 1972
- SECHREST, DALE K.
Methadone Programs and Crime Reduction : A
Comparison of New York and California Addicts,
The International Journal of the Addictions
1979, S. 377-400
- SECHREST, DALE K./DUNKLEY, THOMAS, E.
Criminal Activity, Wages Earned and Drug Use
after two Years of Methadon Treatment,
Addictive Diseases, 1975, S. 491-512
- SENAY, EDWARD/SHORTY, VERNON/ALKSNE HAROLD
Developments in The Field of Drug Abuse,
National Drug Abuse Conference 1974, Cam-
bridge, Massachusetts 1975
- SPRINGER, ALFRED
Suchtkranke als dopopelt stigmatisierte
Existenz zwischen medizinischer und juristischer
Kontrolle in: Mader/Strotzka a.a.O., S. 3-36

STEINBRECHER, W.

Die klinischen Gesamtsyndrome bei Mißbrauch und Sucht unter besonderer Berücksichtigung intern-neurologischer Befunde in : Steinbrecher/Solms a.a.O., S. IV/29-IV/168

STEINBRECHER, W./SOLMS, H.

Sucht und Mißbrauch, Stuttgart 21975

STEIN-HILBERS, MARLENE

Was passiert mit Fixern? Strategien der Drogenpolitik, Kriminologisches Journal 1/1980, S. 17-34

STIMMEL, BARRY

Heroin Dependency. Medical, Economic and Social Aspects, New York 1975

STIMSON, GERRY V.

Treatment or Control? Dilemas for Staff in Drug Dependency Clinics in: West a.a.O., S. 52-72

STÖBE, NORBERT

Leserforum. Mit Methadon gegen Heroin?, Psychologie Heute 2/1979, S. 76

STOLOFF, PETER/LEVINE DANIEL B./SPRUILL, NANCY

Public Drug Treatment and Addict Crime, Public Research Institute, Arlington, Virginia 1975

STRAß, ERICH

Der illegale Rauschgifthandel und seine Bekämpfung, Die Polizei 11/1975, S. 371-375

STÜMPER, ALFRED

Bekämpfung der Rauschgiftkriminalität, Kriminalistik 9/1979, S. 403-407

SZASZ, THOMAS S.

Das Ritual der Drogen. Das Drogenproblem in neuer Sicht : Sündenbock unserer Gesellschaft, Hamburg 1980

SWOAD (STICHTING VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK VAN ALKOHOL - EN DRUGDEBRUIK)

verabreichung von heroin und methadon, eine Literaturstudie, heerhugowaard 1978

TÄSCHNER, KARL-LUDWIG

Das Problem der Hilfen für jugendliche Drogenabhängige, Jugendwohl 1978, S. 410-423

TÄSCHNER, KARL-LUDWIG/WANKE, KLAUS

Zur Frage der Verwendung von Methadon bei jugendlichen Drogenabhängigen, Hessisches Ärzteblatt 35/1974, S. 17-25

- TEFF, HARVEY
Drugs, Society and the Law, 1975
- THE DRUG ABUSE COUNCIL
A Perspective on "Get Tough" Drug Control Laws
in: Austin/Lettieri a.a.O., S. 9-10
- THE DRUG ABUSE COUNCIL
Heroin Maintenance : The Issues, Washington DC
Juni 1973
- THE NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE AND RESEARCH
TRIANGLE INSTITUTE
Drug Use and Crime. Report of the Panel on Drug
Use and Criminal Behavior, Washington 1976
- THE NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE AND RESEARCH
TRIANGLE INSTITUTE
Appendix to Drug Use and Crime. Report of the
Panel on Drug Use and Criminal Behavior,
Washington 1976
- THOMAS, NORBERT
Drogenkriminalität, Stuttgart, München,
Hannover 1982
- TREBACH, ARNOLD S.
The Potential Impact of "Legal" Heroin in
America in: Trebach a.a.O., S. 154-175
- TREBACH, ARNOLD, S.
Drugs, Crime and Politics, New York, London,
Sydney, Toronto 1978
- VÖLGER, GISELA/VON WELK, KARIN/LEGNARO, ALDO (Hrsg.)
Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich,
Teil 2, Köln 1981
- VOGT, IRMGARD
Drogenpolitik. Zum Konsum von Alkohol,
Beruhigungsmitteln und Haschisch, Frankfurt,
New York 1975
- WAGNER, HANNELORE
Methadon - Erhaltungsprogramme. Praktische
Erfahrungen im In- und Ausland und Rechtsprobleme
bei der Anwendung auf Heroinabhängigkeit in der
Bundesrepublik, unveröffentlichte Diplomarbeit
des Fachbereiches Rechtswissenschaft der
Universität Bremen, Bremen 1979
- WALDMANN, HELMUT/ZANDER, WOLFANG
Zur Therapie der Drogenabhängigkeit, Göttingen
1975
- WANKE, KLAUS
"Wir müssen mit Zwang beginnen", Der Spiegel,
52/1978, S. 44 (Interview)

WANKE, KLAUS

Unveröffentlichtes Gutachten im Auftrage der
Münchener Staatsanwaltschaft zu dem Thema :
Ob die Anwendung von Polamidon zur Behandlung
heroinabhängiger Personen ärztlich begründet ist,
Frankfurt 1978

VON WARTBURG, WALTER P.

Drogenmißbrauch und Gesetzgeber. Methodik und
Möglichkeit einer optimalen Kontrolle des
Mißbrauchs von Drogen und Arzneimitteln, Basel
und Stuttgart 1974

WEISSMAN, JAMES C.

Understanding the Drug and Crime Connection.
A Systematic Examination of Drugs and Crime
Relationships, Madison, STASH 1979

WEISSMAN, JAMES C./MARR, SAMUEL W./KATSAMPES,
PAUL L.

Addiction and Criminal Behavior : A Continuing
Examination of Criminal Addicts, Journal of
Drug Issues, 1976, S. 153-165

WENZKY, O.

Trendanalyse zur Entwicklung der Rauschgift-
kriminalität (BTM-Diebstähle aus Apotheken),
Die Polizei 8/1975, S. 257-263

WEPPNER, ROBERT S./STEPHENS, RICHARD C./
CONRAD, HAROLDT

Methadone : Some Aspects of its legal and
illegal Use, American Journal of Psychiatry
1972, S. 451-455

WEST, D.J.

Problems of Drug Abuse in Britain. Papers
presented to the Cropwood Round-Table
Conference December 1977, Cambridge 1978

WIENBERG, HANS

Kriminaltaktische Erfahrungen bei der Über-
führung von Rauschgiftdealern in: Schäfer
a.a.O., S. 437-457

WIEPERT, G.D./D'ORBAN, P.T./BEWLEY, THOMAS

Delinquency by Opiate Addicts Treated at two
London Clinics, British Journal of Psychiatry
1979, S. 14-23

WILMARTH, STEPHEN S./GOLDSTEIN, AVRAM

Therapeutic Effectiveness of Methadone Maintenance
Programs in the USA, World Health Organisation,
Geneva 1974

WINICK, CHARLES

Some Aspects of the "tough" New York State Drug
Law, Journal of Drug Issues 1975, S. 400-411

WINKLER, KARL-RUDOLF

Zur Strafbarkeit des Arztes gemäß § 11 Abs. 1
Nr. 9 Betäubungsmittelgesetz, Suchtgefahren
1980, S. 28-35

WÖBCKE, MANFRED

Rauschmittelmißbrauch. Prävention, Therapie,
München 1977

WOLF, NIKOLAUS

Erfahrungen mit stationärer Entwöhnungsbehandlung
Drogensüchtiger in: Keup: Sucht als Symptom
a.a.O., S. 183-187

ZACUNE, J.

A Comparison of Canadian Narcotic Addicts in
Great Britain and in Canada, Bulletin on
Narcotics 4/1971, S. 41-49

ZINBERG, NORMAN E./ROBERTSON, JOHN A.

Drugs and the Public, New York 1972

ZÜHLSDORF, HANS/GÜSSOW, ECKART

Drogenproblem und Polizei, München, Hannover
1973

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

a.a.0.	am gegebenen Orte
ATRC	Addiction Research and Treatment Corporation
Az.	Aktenzeichen
Bd.	Band
BGB1.	Bundesgesetzblatt
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BTM-Diebstähle	Betäubungsmitteldiebstähle
BtmG	Betäubungsmittelgesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CIA	Central Intelligence Agency
D.C.	District of Columbia
d.h.	das heißt
DHS	Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
FDA	Food and Drug Administration
ff.	folgende
Hrsg.	Herausgeber
LAAM	Levo-Alpha-Acetyl-Methadol
LG	Landgericht
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lyserg-Säure-Diäthylamid
mg./tgl.	milligramm/täglich
MMP	Methadone Maintenance Program
OLG	Oberlandesgericht
OpiumG	Opiumgesetz
PKW	Personenkraftwagen
PsychKG NW	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten/Nordrhein Westfalen
RG	Reichsgericht
RGB1.	Reichsgesetzblatt

S.	Seite
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozeßordnung
SWOAD	Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol - en Druggebruik
USA	United States of America

FREMDWÖRTER- UND BEGRIFFSVERZEICHNIS

Addiction Research and Treatment Corporation (ATRC)	Vereinigung zur Suchterforschung und -behandlung; Bezeichnung für ein Methadon-erhaltungsprogramm in Brooklyn/New York City
Addiction Research Unit	Britische Organisation zur Suchterforschung beim Institut für Psychiatrie, in London
Agent provocateur	Polizeilicher Lockspitzel, der zu Überführungszwecken zu dem Versuch einer Straftat anstiftet
American Medical Association	Amerikanische Standesorganisation der Ärzte
Amphetamin	Aufputschmittel
analgetisch	schmerzstillend
Brain Committee	Von der britischen Regierung 1961 und 1965 eingesetzte Untersuchungskommission zur Beurteilung der Entwicklung des Drogenkonsumes und der erforderlichen Reaktionsformen
Central Intelligence Agency (CIA)	Amerikanischer Geheimdienst
Chief Medical Officer of the Home Office	Leiter der Gesundheitsabteilung beim britischen Innenministerium
Crime without victim	Straftat ohne Opfer; opferloses Delikt
Criminal Record Office	Britisches Büro, das Verurteilungen registriert
Chinese Connection	Gruppierung des organisierten Verbrechens, die aus Chinesen bestand und bis zur Zerschlagung mit Rauschgiften handelte
Dangerous Drug Act	Britisches Betäubungsmittelgesetz

dealen	Kleinhandel mit Rauschgiften betreiben
Department of Treasury	Amerikanisches Finanzministerium
Depravation/-ssyndrom	Medizinischer Fachausdruck für die Verschlechterung des körperlichen Allgemeinzustandes und für die fortschreitende psychische und soziale Verwahrlosung des Drogenabhängigen nach Suchtbeginn
Derivat	Abkömmling einer chemischen Verbindung
District	Bezirk, Kreis
drop out	herausfallen; Bezeichnung für den Abbruch von sozialen Beziehungen zur Normalgesellschaft
Drug Treatment Centers	Britische Zentren in Kliniken, die zur Behandlung der Drogensucht Opiate an Süchtige verschreiben
Evaluation/-sstudie	Empirische Erhebungsstudie
Flash	Blitzartiges Glücksgefühl des Süchtigen kurz nach der Injektion von Heroin
French Connection	Gruppierung des organisierten Verbrechens, die aus Franzosen bestand und bis zur Zerschlagung mit Rauschgiften handelte
Food and Drug Administration (FDA)	Amerikanische Verwaltungsbehörde, die den Verkehr mit Lebensmitteln und Drogen regelt und überwacht
Harrison Act	1914 erlassenes amerikanisches Betäubungsmittelgesetz
Health Research Council of New York	Rat der Stadt New York zur Untersuchung gesundheitlicher Fragen
Highsein	sich im Glücksgefühl des Drogenrausches befinden

Home Office	Britisches Innenministerium
Interaktionismus	Moderne kriminologische, sozial-psychologische Theorie zur Erklärung der Entstehung von Kriminalität und sozial abweichendem Verhalten. Die Kriminalität wird als komplexes soziales System verstanden, wobei das Verhalten des Täters, des Opfers und der Instanzen der Sozialkontrolle Beachtung finden. Kriminalität entsteht auf der Grundlage von individuellen und gesellschaftlichen Kriminalisierungsprozessen. Sie entwickelt sich in dem Interaktionsprozeß: Aktion, Reaktion und Reaktion auf die Reaktion. Im Gegensatz zur Labelingtheorie wird auch das Handeln und die Persönlichkeit des Täters (Aktionselement) miteinbezogen. Es wird nicht wie bei der Labelingtheorie nur der gesellschaftliche Kriminalisierungsprozeß, d.h. die Definition was kriminell ist und die Reaktion auf Kriminalität, einseitig berücksichtigt.
Konterpart	Gegenstück, Gegenpart
Konterproduktivität/ konterproduktiv	Ergebnis, das der ursprünglichen Zielsetzung zuwiderläuft. Eine Kontrollstrategie wird in das Gegenteil umgekehrt und zeigt erhebliche Nachteile.
Levo-Alpha- Acetyl-Methadol (LAAM)	Methadonpräparat, dessen Wirkung 72 Stunden anhält

Labelingtheorie	Benennungsansatz; Kriminologische Theorie zur Erklärung der Entstehung von Kriminalität und sozial abweichendem Verhalten. Nach der Labelingtheorie entsteht Kriminalität allein durch die Definitionsmacht des Gesetzgebers, durch die Reaktion auf Kriminalität und durch die Selektion der Instanzen der Sozialkontrolle. Die individuelle Kriminalitätskarriere bleibt unbeachtet.
Legal approach	Juristischer Ansatz, der mit Kriminalisierung versucht, den Drogenkonsum zu bekämpfen. Der Drogenkonsum wird als Straftat definiert.
Liberal approach	Liberaler Ansatz; der Drogenkonsum wird vom Staat jedem erwachsenen Bürger erlaubt. Er unterliegt allenfalls gewissen informellen gesellschaftlichen Regeln.
Lyserg-Säure-Diäthylamid (LSD)	Chemische Droge, die Traum- oder Wahnbilder hervorruft
liquor-store-model	Der Verkauf von Drogen bleibt auf spezielle Läden beschränkt.
maturing out	Aufgabe des Drogenkonsumes und der Kriminalität durch den Süchtigen selbst ohne fremde Hilfe aufgrund zunehmenden Alters (Herauswachsen aus Sucht und Kriminalität)
metabolisch	den Stoffwechsel verändernd
Methadone Maintenance Program (MMP) -Therapy	Methadonerhaltungsprogramm/-therapie; Behandlung des Drogensüchtigen, bei der er Methadon als Ersatzdroge für Heroin erhält und durch entsprechende Hilfestellungen sozial stabilisiert wird

Methadone Detoxification	Methadonentgiftungstherapie; Entzugstherapie mit Hilfe von Methadon; der Patient erhält anstelle von Heroin sinkende Dosen Methadon und kann innerhalb von 21 Tagen körperlich von Rauschgiften entgiftet werden und schmerzfrei entziehen.
Methadone-to-abstinence	Reduktionstherapie, bei der mit Hilfe von Methadon der Patient zunächst weitgehend sozial stabilisiert wird. Im Gegensatz zur Methadonerhaltungstherapie ist die Drogenfreiheit aber immer ein fest terminiertes Behandlungsziel.
New York State Narcotic Register	Register des Staates New York, in dem alle Informationen über Drogensüchtige von Polizei, Gerichten, Kliniken, Ärzten und Sozialarbeitern gesammelt werden
Opiumveteranen	Ältere, sozial stabilisierte Morphinabhängige, die kriegsversehrt waren oder aus dem medizinischen Personal stammten; sie werden auch als klassische Morphinisten bezeichnet.
Peergruppe/-group	Bezugsgruppe, die Verhaltensweisen einzelner Mitglieder prägt
Polamidon	In der Bundesrepublik Deutschland gehandelte Form des Methadons
Prohibition/prohibitive	Verbot des Staates gewisse Stoffe zu konsumieren
punitiv	bestrafend
roll off	Kriminaltaktischer Begriff; aufrollen der Struktur des organisierten Verbrechens durch stufenweise Enttarnung und Verhaftung der Täter und ihrer Hintermänner
Sample	Untersuchungsgruppe

Serious reported crime rate	Spezieller Index zur empirischen Effektivitätskontrolle von Methadonerhaltungsprogrammen, der auf verschiedenen bekanntgewordenen schweren Delikten basiert
Social Approach	Sozialer Ansatz, der auf die Drogensucht ausschließlich mit medizinischer und psychologischer Behandlung reagiert. Der Drogensüchtige wird als Kranker und nicht als Straftäter definiert.
State Law enforcement Planning Agency	Staatliche Planungskommission zum Entwerten von Gesetzen
Streetwork	Form der Sozialarbeit, bei der aktiv Kontakt zu sozialen Randgruppen auf der Straße gesucht wird, und die dann weiter betreut werden
Supreme Court	Höchstes amerikanisches Gericht
Sweet-short-life-Philosophie	Lebenseinstellung einiger Drogenabhängiger, die lieber kurz mit schönen Drogenerlebnissen gelebt haben wollen, als ein langes und langweiliges bürgerliches Leben zu führen
Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol- en Druggebruik (SWOAD)	Stiftung zur wissenschaftlichen Untersuchung des Alkohol- und Drogengebrauch
Take-home-Privileg	Dem Drogensüchtigen wird das Recht eingeräumt, die Legalisierungsdroge zuhause ohne Aufsicht zu konsumieren.
Qat/-kauen	Blätter eines Strauches (Catha edulis), die gekaut, Rauscherlebnisse hervorrufen; im Jemen sehr weit verbreitetes Rauschgift
Valeron	sehr starkes Schmerzmittel

War on Narcotics

Krieg gegen Rauschgifte; vom
amerikanischen Präsidenten
R. Nixon propagierte Kampagne
gegen den Drogenmißbrauch und
die Drogenkriminalität

World Health
Organisation
Expert Committee
on Drug Dependence

Expertenkommission der Welt-
gesundheitsorganisation zur
Erforschung der Drogenabhängig-
keit

Lebenslauf

- Geburt : Am 27.10.1949 als Kind des Malermeisters Alfred Kemper und seiner Ehefrau Anita Kemper
- Schulbildung : Nach Volksschulzeit in Iserlohn Besuch des Märkischen Gymnasiums in Iserlohn; Abitur am 19. 6.1970.
- Studium : WS 70 Jurastudium an der Ruhruniversität Bochum;
Vom SS 71 bis SS 75 Jurastudium an der Westfälischen-Wilhelms Universität Münster;
Am 10.11.1975 erstes juristisches Staatsexamen.
- Referendardienst : Vom 1. 1.1976 bis zum 30. 8.1978 Rechtsreferendar im Bezirk des OLG Hamm und beim Bundesgesundheitsamt Berlin;
Am 30. 8.1978 zweites juristisches Staatsexamen.
- Berufsausübung : Nach anwaltlicher Tätigkeit in Münster seit dem 1. 8.1981 als Regierungsrat in der Finanzverwaltung des Landes Nordrhein-Westfalen beschäftigt.

